

Université de Montréal

**Modèle de l'engagement et de l'abandon
de traitement de l'adolescent
avec trouble de personnalité limite**

par

Lyne Desrosiers

École de Réadaptation

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophæ Doctor (PhD)
en Sciences Biomédicales
option réadaptation

Décembre, 2012

© Lyne Desrosiers, 2012

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement
de l'adolescent avec trouble de personnalité limite

présentée par

Lyne Desrosiers

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Bonnie Swayne, présidente-rapporteur

Micheline Saint-Jean, directrice

Jean-Jacques Breton, co-directeur

Catherine Briand, membre du jury

Lise Laporte, examinateur externe

Jean-Pierre Gagné, représentant du doyen

Résumé

Plus de la moitié des adolescents suicidaires dont une large proportion présente un trouble de personnalité limite (TPL) abandonnent leur traitement. Les conséquences de leur défection sont préoccupantes considérant la récurrence de leurs conduites suicidaires et le fait que cette pathologie augmente le risque d'une évolution défavorable à l'âge adulte.

À partir d'une méthode de théorisation ancrée constructiviste, cette étude visait à comprendre les processus associés à l'instabilité du mode de consultation des adolescents avec TPL. Elle a permis de spécifier les vulnérabilités à l'abandon des adolescents avec TPL et celles de leurs parents et mis au jour que l'atténuation des problèmes d'accessibilité, la préparation au traitement, l'adaptation des soins aux particularités du TPL et finalement la prise en compte de la disposition à traiter des soignants constituent des réponses déterminantes pour leur engagement.

Les processus de désengagement ont également été spécifiés. Des perceptions négatives à l'égard du traitement, du soignant ou du fait d'être en traitement génèrent une activation émotionnelle. Celle-ci induit ensuite des attitudes contre-productives qui évoluent vers des comportements francs de désengagement. Dans ce contexte, des réponses du dispositif de soins telles une régulation insuffisante de l'engagement, des impairs thérapeutiques et des demandes paradoxales précipitent l'abandon de traitement.

Finalement, les processus impliqués dans l'abandon de traitement ont été formalisés dans le *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL*. Celui-ci illustre que des processus distincts caractériseraient les abandons précoces et les abandons tardifs des adolescents avec TPL. L'abandon précoce résulterait de l'échec du dispositif de soins à profiter de l'impulsion de la demande d'aide pour engager l'adolescent et le parent lors de ce premier moment critique de sa trajectoire de soins. En contrepartie, les abandons tardifs traduiraient les défaillances du dispositif de soins à adopter des mesures correctives pour les

maintenir en traitement lors d'un deuxième moment critique marqué par leur désengagement.

Les taux d'abandon de traitement de ces jeunes pourraient être diminués par un dispositif de soins qui reconnaît les périls inhérents au traitement de cette clientèle, se montre proactif pour résoudre les problèmes de désengagement, intègre des mécanismes de soutien aux soignants et favorise une pratique réflexive.

Mots-clés : Abandon de traitement, trouble de personnalité limite, adolescent, engagement, désengagement, dispositif de soins, conduites suicidaires, recherche qualitative

Abstract

More than half of suicidal adolescents, a large proportion of which manifest borderline personality disorder (BPD), drop out from treatment. The consequences of their premature termination are cause for concern, given the recurrence of their suicidal attempts and that they present elevated risk for major mental disorders during adulthood.

The current study sought to gain a broader appreciation of processes involved in treatment dropout among adolescents with BPD through a constructivist grounded theory. Various dropout vulnerabilities specific to adolescents with BPD and their parents, including psychological characteristics, help-seeking context and perception of mental illness and mental healthcare were identified. Care-setting response including management of accessibility problems, adaptation of services to needs of adolescents with BPD, preparation for treatment, and consideration for the health professional's disposition to treat were also found to be determinant to their engagement to treatment.

The processes of disengagement from treatment have also been specified. Negative perceptions regarding treatment, clinicians, and receiving treatment have been shown to generate emotional activation. The aforementioned lead to counter-productive attitudes that evolve into outright disengagement behaviours. In this context, responses from the care-setting, such as an insufficient regulation of the engagement, therapeutic faux pas and paradoxical demands, precipitate premature treatment termination.

Finally, the processes involved in the abandonment of treatment were formalized in the Model of engagement and treatment dropout for Adolescent with BPD. This illustrates that distinct processes characterise the premature and late dropouts of adolescents with BPD. The early terminations result from the failure of the care-setting to take advantage of the impetus at help seeking to engage the adolescent and the parent at that first critical moment in the care trajectory. On the

other hand, the late dropouts translate failures of the care-setting to adopt corrective measures to maintain the patient in treatment at a second critical moment indicated by their disengagement.

The termination rate of those adolescent treatments could be diminished by a system of care-setting that recognizes the inherent difficulties related to the treatment of those specific patients, is proactive to solve problems of disengagement, integrates support systems for clinicians and promotes a reflexive practice.

Keywords : Treatment dropout, borderline personality disorder, adolescent, engagement, disengagement, care-setting, suicidal behaviour, qualitative research

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

BID	Beck Inventory for Depression
BPD	Borderline personality disorder
CTH	Clinique des troubles de l'humeur
DBT	Dialectical Behavior Therapy
DIB-R	Diagnostic Interview for Borderline-Revised
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual (fourth edition, text revision)
Erg	Ergothérapeute
ICD	International Classification of Diseases
Inf	Infirmier, Infirmière
K-SADS	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
Psy	Psychologue
QI	Quotient intellectuel
Statut socioéconomique	SSE
TCD-A	Thérapie comportementale dialectique pour les adolescents
TPL	Trouble de personnalité limite
T.S.	Travailleur social
Tx	Traitement

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS	v
Dédicace	xiii
Remerciements	xiv
 CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	 5
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	9
2.1 Trouble de personnalité limite à l'adolescence	10
2.1.1 Définition, validité, prévalence	10
2.1.2 Conduites suicidaires.....	13
2.2 Utilisation des services et abandons de traitement des personnes avec TPL ..	14
2.2.1 Clientèle adulte.....	15
2.2.2 Clientèle adolescente.....	18
2.3. Abandon de traitement en pédopsychiatrie	19
2.3.1 Déterminants liés à l'adolescent.....	20
2.3.2 Déterminants liés à la famille.....	23
2.3.3 Déterminants liés au dispositif de soin.....	26
2.3.4 Abandon du traitement de l'adolescent suicidaire	30
2.5 Conclusion.....	34
2.6 Objectif de l'étude et question de recherche	36
2.6.1 Objectif de l'étude	36
2.6.2 Questions de recherche.....	36
CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE.....	37
3.1 Le concept d'engagement.....	38
3.2 L'engagement au traitement.....	40
3.3 Définitions de l'abandon du traitement.....	43

CHAPITRE 4 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE	46
4.1 Position épistémologique	47
4.1.1 Démarche d'élaboration	47
4.1.2 Position ontologique constructiviste	49
4.2 Stratégies méthodologiques.....	51
4.2.1 Approche méthodologique et devis.....	51
4.2.2. Milieu de recherche	54
4.2.3 Échantillonnage	55
4.2.4 Données	66
4.2.5 Analyses	68
4.3 Scientificité.....	72
4.3.1 Crédibilité ou validité interne.....	72
4.3.2 Transférabilité ou validité externe.....	73
4.3.3 Constance interne ou fidélité.....	73
4.3.4 Fiabilité ou objectivité.....	74
4.4 Considérations éthiques.....	75
CHAPITRE 5 : RÉSULTATS.....	76
5.1 Présentation des articles	77
5.2 PREMIER ARTICLE DE LA THÈSE.....	80
Care-setting response to dropout vulnerabilities among adolescents with borderline personality disorder.....	80
METHOD.....	83
RESULTS.....	88
DISCUSSION	96
5.3 DEUXIÈME ARTICLE DE LA THÈSE	104
Le désengagement du traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite : rôle du dispositif de soins	104
MÉTHODE	107
RÉSULTATS	114
DISCUSSION	123

5.4 TROISIÈME ARTICLE DE LA THÈSE.....	134
Défis du dispositif de soins face au désengagement au traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite.....	134
MÉTHODE	136
RÉSULTATS	141
DISCUSSION	150
5.5 QUATRIÈME ARTICLE DE LA THÈSE	159
Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite.....	159
MÉTHODE	163
RÉSULTATS	168
DISCUSSION	177
CONCLUSION	184
CHAPITRE 6: DISCUSSION GÉNÉRALE.....	188
6.1 Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL.....	189
6.1.1 Les vulnérabilités à l'abandon.....	190
6.1.2 Réponses initiales du dispositif de soins	196
6.1.3 Premier moment critique	200
6.1.4 Deuxième moment critique	203
6.2 Considérations méthodologiques	208
6.3 Avenues de recherches	210
6.4 Limites de l'étude.....	212
6.5 Retombées cliniques.....	214
6.5.1 Identifier les vulnérabilités.....	214
6.5.2 Adapter le dispositif de soins aux vulnérabilités.....	215
6.4.3 Repérer les signes de désengagement	215
6.5.4 Répondre adéquatement aux signes de désengagement.....	216
Conclusion.....	218
Bibliographie	222

ANNEXES	i
Annexe I : Canevas d’entrevue	ii
Annexe II : Entente de collaboration.....	xii
Annexe IV : Canevas de recrutement des informateurs	xvi
Annexe V: Certificat d’éthique	xix
Annexe VI : Formulaire de consentement	xxi
Annexe VII : Procédures d’urgence	xxxv
Annexe VIII: Codage	xl
Annexe IX : Revue sceptique par les pairs	xliv

Liste des tableaux

Tableau 1: Description des cas.....	63
Tableau 2: Description des informateurs	65
Tableau 3: Matrice des données.....	67
Tableau 4 : Description of cases (premier article)	85
Tableau 5: Description of informants (premier article)	86
Tableau 6: Dropout vulnerabilities.....	89
Tableau 7: Failed responses of care-settings	93
Tableau 8: Description des cas (deuxième article)	110
Tableau 9: Description des informateurs (deuxième article)	111
Tableau 10: Complications de traitement	116
Tableau 11: Description des cas (troisième article)	138
Tableau 12: Description des informateurs (troisième article).....	139
Tableau 13: Défaillances des réponses du dispositif de soins face au désengagement	142
Tableau 14: Description des cas (quatrième article).....	165
Tableau 15: Description des informateurs (quatrième article).....	166

Liste des figures

Figure 1 : Devis d'étude synthétique de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués	53
Figure 2: Démarche de falsification de l'étude	57
Figure 3: Échantillonnage des cas	62
Figure 4: Cycle de collecte et d'analyse des données de l'étude.....	71
Figure 5: Sampling of cases	84
Figure 6: Échantillonnage des cas (deuxième article).....	109
Figure 7: Processus de désengagement	115
Figure 8: Échantillonnage des cas (troisième article)	137
Figure 9: Échantillonnage des cas (quatrième article)	164
Figure 10: Phase du processus d'engagement et d'abandon de traitement des adolescents avec TPL	170
Figure 11: Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL	176

*Il est beaucoup plus important de
savoir quel type de patient est atteint
de la maladie que de savoir de quel
type de maladie le patient est atteint.*

Sir William Osler

Dédicace

*Je dédie cette thèse à Guylaine, qui
bien malgré elle est une source
d'inspiration. La souffrance qui
l'afflige soutient chaque jour ma
détermination à soulager les familles
touchées par la maladie mentale. Mon
affection pour elle me rappelle de ne
jamais oublier de me préoccuper de
l'expérience des soins des patients et
de leurs proches.*

Remerciements

Je désire exprimer ma reconnaissance à ma directrice, madame Micheline Saint-Jean pour m'avoir assidûment guidée, soutenue et encouragée. Son regard critique, sa bienveillance, sa patience et son appui indéfectible ont été essentiels à l'aboutissement de ce projet. Je remercie aussi mon codirecteur, docteur Jean-Jacques Breton pour la confiance qu'il m'a témoignée et pour son soutien à l'obtention de financement pour cette recherche.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à mon compagnon Sylvain, qui a su reconnaître et mobiliser mon désir de dépassement et pour qui mes capacités à réussir cette entreprise relevaient tout simplement de l'évidence. Je le remercie d'avoir considéré ce travail aussi nécessaire et important que moi et d'avoir ainsi accepté que je ne me joigne pas à lui pendant les longues heures où je réalisais ce travail.

Je désire témoigner ma reconnaissance à Hélène Poitras, Louise Wolfe et Monique Létourneau pour leur enthousiasme à participer à ce projet en tant qu'assistante de recherche. Leur très grande expertise a définitivement contribué à la qualité des données recueillies.

Je souhaite aussi témoigner ma reconnaissance aux adolescents, aux parents et à tous les cliniciens qui ont généreusement accepté de participer à cette recherche. Je considère que leur grande franchise et leur ouverture à communiquer leur expérience des soins ont été un apport extrêmement précieux.

Finalement, je tiens à remercier le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies de m'avoir accordé les permissions nécessaires pour réaliser cette étude.

Introduction

L'abandon de traitement est un phénomène répandu et reconnu en pédopsychiatrie (Kazdin & Wassell, 2000). De nombreuses études se sont déjà penchées sur ce problème clinique auprès d'une multitude de clientèles d'enfants et d'adolescents (Abella & Manzano, 2000). Cependant, il n'existait à peu près pas de données concernant l'abandon de traitement des adolescents avec trouble de personnalité limite (TPL) au moment d'entreprendre cette étude. Pourtant, chez la clientèle adulte, les personnes présentant un TPL sont bien reconnues pour leur propension à cesser prématurément leur traitement (Gunderson, Frank, Ronningstam, Wachter, Lynch, & Wolf, 1989; Kelly, Soloff, Cornelius, George, & al, 1992; Skodol, Buckley, & Charles, 1983). En fait, leur mode de consommation de services, souvent associé à leurs conduites suicidaires (Comtois, Russo, Snowden, Srebnik, Ries, & Roy-Byrne, 2003) se caractérise par de nouvelles demandes d'aide suivant l'arrêt de leur traitement (Horz, Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010).

En revanche, quelques travaux ont révélé que les taux d'abandon de traitement s'avèrent particulièrement élevés chez les adolescents suicidaires (King, Hovey, Brand, Wilson, & Ghaziuddin, 1997; Trautman, Stewart, & Morishima, 1993). Bien que le TPL ait été associé aux décès par suicide à l'adolescence, et qu'il constitue le trouble de la personnalité le plus significativement associé aux conduites suicidaires chez les adolescents traités en psychiatrie (Westen, Shedler, Durrett, Glass, & Martens, 2003), cette littérature ne fait qu'exceptionnellement état d'une pathologie de la personnalité chez ces jeunes. Les réticences à poser ce diagnostic avant l'âge de 18 ans expliquent probablement la rareté des publications sur l'abandon de traitement des adolescents avec TPL.

Il n'en demeure pas moins que les conséquences d'un arrêt prématuré de traitement de ces jeunes sont sérieuses considérant leurs conduites suicidaires récurrentes, leurs difficultés de fonctionnement psychosocial (Chanen, Jovev, & Jackson, 2007) et leur risque d'une évolution défavorable à l'âge adulte (Johnson, Cohen, Skodol, Oldham, Kasen, & Brook, 1999). Leur mode de consultation

chaotique hypothèque ainsi considérablement les bénéfices d'un traitement efficace sans compter le risque accru d'un suicide complété.

Les deux dernières décennies ont été marquées par un travail important pour mieux comprendre cette pathologie à l'adolescence et surtout pour concevoir des traitements efficaces. Malgré la disponibilité d'un arsenal thérapeutique plus étendu et plus sophistiqué, traiter les jeunes qui présentent des conduites suicidaires demeure un défi de taille, notamment à cause de leur difficulté à s'engager pleinement dans un traitement et à le poursuivre jusqu'à son terme. Outre le coût humain, la souffrance des adolescents, des familles et l'essoufflement des soignants, la multiplication de leur demande d'aide constitue un fardeau appréciable pour le système de santé.

La présente étude de type qualitatif explore cette problématique de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL dans un contexte de soins spécialisés externe en milieu hospitalier urbain québécois.

Le premier chapitre expose la problématique. Celle-ci réfère à l'importance du phénomène de l'abandon de traitement et met en évidence les limites de la recherche actuelle pour cerner sa compréhension.

Le deuxième chapitre fait l'état des connaissances sur le sujet. Après avoir cerné le TPL chez l'adolescent, il explore les données disponibles sur l'abandon de traitement des personnes atteintes d'un TPL. Une revue des recherches portant sur cette problématique en pédopsychiatrie générale est ensuite présentée et explore les déterminants liés à l'adolescent, aux parents et au dispositif de soins. Finalement les données sur l'abandon de traitement des adolescents suicidaires complètent cette recension. Ce chapitre se termine par l'énoncé de l'objectif et des questions de recherche.

Le troisième chapitre décrit le cadre conceptuel de la recherche. Les concepts clés de l'engagement et de l'abandon y sont abordés.

Le quatrième chapitre traite du cadre méthodologique. Après avoir posé les bases épistémologiques, il expose la démarche méthodologique qui a permis l'exploration en profondeur du phénomène à l'étude.

Le chapitre cinq présente les résultats de la recherche sous forme d'articles. Pour rendre compte du modèle conceptuel élaboré dans le cadre de cette étude, quatre textes ont été rédigés. Le premier, concerne les processus ayant cours au moment de la demande d'aide. Il cerne les vulnérabilités à l'abandon de l'adolescent avec TPL de même que les réponses initiales du dispositif de soins conduisant à un abandon. Le second article expose les processus associés au désengagement des familles. Puis, les défaillances des réponses du dispositif de soins menant à l'abandon lorsque survient le désengagement des adolescents avec TPL et de leurs parents en cours de traitement sont présentées dans le troisième texte. Finalement, le Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL est décrit dans le dernier. Les propositions explicatives de l'abandon de traitement qui découlent de ce modèle y sont aussi discutées.

Une discussion générale portant sur le Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL, les considérations méthodologiques, les avenues pour les recherches futures, les limites de cette étude et finalement ses retombées cliniques est présentée au chapitre six. Enfin une conclusion fait ressortir les éléments clés de cette étude.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Le trouble de personnalité limite (TPL) est caractérisé par une instabilité marquée dans les sphères relationnelles, émotionnelle, identitaire, comportementale et cognitive. Les manifestations cliniques de ce trouble comprennent des conduites suicidaires et autodommageables, de l'impulsivité, des craintes d'abandon, une réactivité émotionnelle marquée, des relations instables et chaotiques, un sentiment chronique de vide et des expériences de dissociation et de méfiance en situation de stress (American Psychiatric Association, 2000).

Si le diagnostic de TPL à l'adolescence demeure encore controversé, plusieurs admettent toutefois qu'omettre de reconnaître et de traiter les symptômes d'une personnalité pathologique à l'adolescence risquent d'aggraver les comportements suicidaires, la délinquance, les échecs scolaires, les dysfonctions sociales et la toxicomanie (Feenstra, Busschbach, Verheul, & Hutsebaut, 2011; Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000).

La symptomatologie des adolescents avec TPL se caractérise donc entre autres par des passages à l'acte fréquents. Leur entrée dans les services de santé se fait généralement en situation de crise, laquelle se manifeste souvent par des conduites suicidaires (Bongar, Peterson, Golann, & Hardiman, 1990). La détresse aiguë résorbée, un grand nombre de ces adolescents ont tendance à se désengager du traitement proposé (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen, Germano et al., 2008; Halaby, 2004; Rathus & Miller, 2002; Schuppert, Giesen-Bloo, van Gemert, Wiersema, Minderaa, Emmelkamp, & Nauta, 2009) et ne reviennent solliciter des services que lors d'une nouvelle situation de crise. Ce cycle de demande et d'abandon de services peut se perpétuer pendant plusieurs années durant lesquelles ces adolescents demeurent sans traitement approprié. Or, un adolescent qui présente les symptômes d'un TPL risque une évolution défavorable à l'âge adulte comme le développement de comorbidités (troubles de l'humeur, toxicomanie) (Johnson et al., 1999) conduisant à des atteintes fonctionnelles sévères (Skodol, Gunderson, McGlashan, Dyck, Stout, Bender, Grilo et al., 2002). Leur mode de consultation chaotique hypothèque ainsi considérablement les bénéfices d'un traitement efficace sans compter le risque accru d'un suicide complété. En

effet, le trouble de personnalité limite a été associé au décès par suicide à l'adolescence (Brent, Johnson, Bartle, Bridge, Rather, Matta, Connolly et al., 1993). Ce diagnostic touchait 33 % des adolescents ayant mis fin à leur jour dans une étude suédoise et 41 % dans une étude américaine (Rich & Runeson, 1992; Runeson & Beskow, 1991). De plus, la probabilité d'une nouvelle tentative est six à huit fois plus élevée chez un adolescent qui a déjà commis un geste suicidaire (Granboulan, Roudot-Thoraval, Lemerle, & Alvin, 2001; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1993; Pfeffer, Klerman, Hurt, Kakuma, Peskin, & Siefker, 1993). Enfin, le risque de compléter un suicide est augmenté par des tentatives antérieures (Brent, Perper, Moritz, Allman, Friend, Roth, Schweers et al., 1993; Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta, & Bridge, 1999).

Déjà, l'abandon de traitement en pédopsychiatrie est reconnu comme un problème clinique répandu (Kazdin & Wassell, 2000). En effet, parmi les familles qui commencent un traitement, environ la moitié ne le terminera pas (Kazdin, 1996). Plusieurs recherches se sont penchées sur cette problématique. Elles ont montré que ceux qui amorcent un traitement et le cessent par la suite présentent moins de gains cliniques que ceux qui le complètent (Kazdin, 1996; Prinz & Miller, 1994), que les annulations répétées et les absences sans avis démobilisent les professionnels (Abella & Manzano, 2000) et utilisent des ressources qui pourraient être offertes à d'autres jeunes (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997). Malgré les nombreuses recherches effectuées auprès de différentes clientèles d'enfants et d'adolescents et dans différents contextes de soins, plusieurs questions fondamentales demeurent. Si les conséquences d'un arrêt prématuré de traitement sont bien documentées, en revanche les déterminants et les processus qui y sont associés demeurent mal compris. De plus, à ce jour aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur l'abandon de traitement des adolescents avec TPL. Le peu d'intérêt porté à cette question est encore plus surprenant étant donné que ce phénomène est bien connu auprès de la clientèle adulte qui présente cette pathologie.

En conclusion, les conséquences d'un abandon de traitement peuvent être sérieuses chez les adolescents avec TPL, considérant que la récurrence des conduites suicidaires est un des principaux symptômes de cette pathologie, que l'absence de traitement chez ces patients augmente le risque d'une nouvelle tentative (Pfeffer et al., 1993; Soloff & Chiappetta, 2012) et que le risque de suicide complété est plus élevé dans les premières phases de la maladie (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005). Leurs difficultés d'engagement les conduiront inévitablement à multiplier les consultations stériles. En s'exposant de cette manière à la chronicisation de leur pathologie, ils compromettent leur évolution clinique et leur qualité de vie.

Il apparaît donc pertinent de mieux comprendre les processus qui conduisent les adolescents avec TPL à abandonner leur traitement afin de générer des pistes de solution pour résoudre cet important problème clinique. Comment ces jeunes et leurs parents arrivent-ils à prendre la décision de cesser le traitement après l'avoir amorcé? Une recension des écrits est présentée au chapitre suivant afin de bien cerner les éléments de cette problématique.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre recense les connaissances susceptibles d'éclairer le phénomène de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL. Il est divisé en quatre parties. La première aborde le diagnostic de TPL à l'adolescence et la deuxième présente l'état des connaissances sur les déterminants associés à l'abandon de traitement de ces patients. La troisième section traite des données disponibles sur ce phénomène en pédopsychiatrie et est suivie d'une synthèse. Ce chapitre se conclut avec l'objectif et les questions de recherche.

2.1 Trouble de personnalité limite à l'adolescence

2.1.1 Définition, validité, prévalence

Le TPL est un des dix troubles de la personnalité répertoriés dans la 4^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux¹. Il se caractérise par un mode général d'instabilité de l'humeur, des comportements, des cognitions, des relations interpersonnelles, et de l'image de soi. Les manifestations cliniques de ce trouble comprennent des conduites suicidaires et autodommageables, de l'impulsivité, des craintes d'abandon, une réactivité émotionnelle marquée, des relations instables et chaotiques, un sentiment chronique de vide et des expériences de dissociation et de méfiance en situation de stress.

Le diagnostic de TPL à l'adolescence demeure toutefois encore controversé. Plusieurs cliniciens se montrent réticents à poser un diagnostic de trouble de personnalité chez les adolescents. Ils argumentent que le développement de la personnalité n'est pas encore achevé à cet âge et évoquent le risque de stigmatisation (Chanen, McCutcheon, Germano, Nistico, Jackson, & McGorry, 2009). D'autres soutiennent que, de la même façon que la personnalité n'apparaît pas soudainement à l'âge de 18 ans, il en va de même pour l'émergence d'un

¹ Les troubles de la personnalité sont regroupés en trois groupes fondés sur des similitudes descriptives. Le groupe A inclut les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques, le groupe B les personnalités antisociales, borderlines ou limites, histrioniques et narcissiques et finalement le groupe C inclut les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives.

trouble de la personnalité (Bleiberg, 1994; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005; Kernberg et al., 2000; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). Plusieurs s'entendent toutefois qu'omettre de reconnaître et de traiter les symptômes d'une personnalité pathologique à l'adolescence risquent d'aggraver les comportements suicidaires, la délinquance, les échecs scolaires, les dysfonctions sociales et la toxicomanie (Feenstra et al., 2011; Kernberg et al., 2000).

Selon la dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (2000), les différents diagnostics de troubles de la personnalité sont posés lorsque les traits de la personnalité deviennent inflexibles, inadaptés, chroniques et qu'ils entraînent des atteintes fonctionnelles et une détresse subjective, sans égard à l'âge. Les différentes catégories de troubles de la personnalité peuvent être appliquées avant 18 ans dans le cas particulier où les traits de personnalité inadaptés apparaissent envahissants, durables et dépassent le cadre limité d'un stade particulier du développement ou d'un épisode d'un trouble à l'Axe I².

Les recherches des 15 dernières années en psychologie du développement et les études prospectives ont apporté un soutien empirique pour mieux comprendre les processus conduisant au développement pathologique de la personnalité. Il a été démontré que les premières manifestations cliniques du TPL se présentent au courant de l'adolescence (Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Klein, 1997; Paris, 2005; Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001) et certaines, telle l'automutilation, peuvent même apparaître au cours de l'enfance (Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, Jager-Hyman, Hennen, & Gunderson, 2006). L'automutilation, l'impulsivité et l'instabilité affective à l'adolescence sont associées à un diagnostic de TPL à l'âge adulte (Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley, & Kendler, 2002; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006; Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, et al., 2006).

² L'axe I sert à décrire l'ensemble des troubles ou des situations de la classification, à l'exception des troubles de la personnalité et du retard mental qui se retrouvent à l'Axe II.

Plusieurs travaux de recherche se sont penchés sur la pertinence d'utiliser le construit du diagnostic du TPL adulte pour identifier cette pathologie chez les adolescents (Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2000; Bernstein, Cohen, Velez, Schwab-Stone, Siever, & Shinsato, 1993; Bondurant, Greenfield, & Tse, 2004). Les conclusions de l'étude du Yale Psychiatric Institute Adolescent Follow-up réalisée auprès de 138 adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie suggèrent que pour cette population, le TPL se manifeste fréquemment, peut être diagnostiqué de manière fiable, présente une validité concurrente, quoiqu'une validité prédictive modeste (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2004; Mattanah, Becker, Levy, Edell, & McGlashan, 1995). Ces résultats ont aussi été retrouvés dans des études réalisées en population générale (Bernstein et al., 1993; Korenblum, Marton, Golombek, & Stein, 1990). Une revue de la littérature récente conclut que ses caractéristiques sont comparables à celles retrouvées chez l'adulte et que parmi les adolescents qui en présentent les critères, un sous-groupe significatif présente une stabilité de ce diagnostic (Miller et al., 2008).

Malgré la validité prédictive modeste du diagnostic de TPL à l'adolescence, la démarche de l'évaluer demeure pertinente, puisque ses manifestations sont associées à une évolution clinique défavorable (Lofgren, Bemporad, King, Lindem, & O'Driscoll, 1991). Des études longitudinales confirment que la présence d'un trouble de la personnalité du groupe B à l'adolescence augmente significativement le risque de présenter un abus de substance, un trouble de la personnalité du groupe B (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005; Kasen, Cohen, Skodol, Johnson, & Brook, 1999) et une pathologie à l'axe I à l'âge adulte (Johnson et al., 1999).

Des études récentes montrent que les troubles de personnalité à l'adolescence sont en fait loin d'être inhabituel. Plus particulièrement, la prévalence du TPL chez les adolescents serait relativement élevée. Les études épidémiologiques en population générale révèlent qu'entre 6 et 14 % des adolescents présenteraient ce trouble avec des taux plus élevés autour de l'âge de 13 ans ainsi qu'à la fin de l'adolescence (Bernstein et al., 1993; Chabrol, Chouicha, Montovany, & Callahan, 2001; Chabrol, Chouicha, Montovany, Duconge, Callahan,

& Mullet, 2003). Une proportion non négligeable d'adolescents suivis en psychiatrie présente un trouble de la personnalité. Marton, Korenblum, Kutcher, Stein, Kennedy, & Pakes, (1989) ont trouvé que parmi les adolescents hospitalisés pour dépression, 30 % présentaient les critères d'un TPL. Plus encore, dans l'étude du Yale Psychiatric Institute Adolescent Follow-up, 50 % des 142 adolescents hospitalisés souffraient de ce trouble (Levy, Becker, Grilo, Mattanah, Garnet, Quinlan, Edell et al., 1999). On retrouve aussi des adolescents avec TPL en clinique externe. Un adolescent sur deux évalué dans une clinique spécialisée de Montréal s'adressant aux jeunes présentant des troubles de l'humeur avec conduites suicidaires présentait des traits de la personnalité, le plus souvent un TPL (2007).

2.1.2 Conduites suicidaires

L'association entre le suicide et le trouble de personnalité limite est incontournable puisque la récurrence de conduites suicidaires constitue l'un des critères diagnostiques du TPL. Les études longitudinales indiquent une prévalence de 80 % de conduites suicidaires chez les patients souffrant de cette pathologie (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Les suicides complétés chez ces patients s'élèvent à près de 10 % (Gunderson & Ridolfi, 2001; Paris & Zweig-Frank, 2001), un taux 50 fois plus élevé que dans la population générale (2001). Une recherche réalisée aux États-Unis auprès d'une population clinique adulte (Soloff, Lynch, Kelly, Malone, & Mann, 2000) révèle que la prévalence de tentative de suicide atteignait plus de 70 % chez les participants présentant un TPL. Ces derniers comptaient en moyenne trois tentatives de suicide antérieures au moment de leur inclusion dans l'étude.

Les patients atteints d'un TPL entrent dans le système de soin le plus souvent en crise sollicitant des services sur le mode de l'urgence (Bongar et al., 1990; Skodol et al., 1983). Leurs demandes de consultation sont associées aux conduites suicidaires et parasuicidaires (Comtois et al., 2003). Bongar et coll. (1990) se sont penchés sur le profil des patients adultes chroniquement suicidaires qui comptent quatre visites et plus à l'urgence. Bien qu'ils ne constituent que 1.5 %

de la population évaluée dans les urgences psychiatriques, les patients suicidaires comptent à eux seuls 12 % des visites et présentent le plus souvent les critères diagnostiques de TPL (Bongar et al., 1990). La fin du traitement serait également ponctuée par des comportements suicidaires chez les personnes souffrant d'un TPL (Sansone, Fine, & Dennis, 1991).

L'association du TPL et des conduites suicidaires se révèle aussi notable chez les adolescents. Il s'agit du trouble de la personnalité le plus significativement associé aux conduites suicidaires chez les adolescents traités en psychiatrie (Westen et al., 2003) et se retrouve fréquemment chez les jeunes qui se présentent dans les urgences pour conduites suicidaires (Houbart, Gernay, Gernay, Berger, & Foatelli, 2005). Il constitue aussi le trouble de la personnalité le plus souvent associé aux tentatives de suicide chez les adolescents hospitalisés (Brent, Johnson, et al., 1993) et le plus fréquemment retrouvé chez les jeunes décédés par suicide (environ 30 %) (Lesage, Boyer, Grunberg, Vanier, Morissette, Menard-Buteau, & Loyer, 1994; Rich & Runeson, 1992; Runeson & Beskow, 1991). L'adolescence jusqu'à la trentaine serait la période de plus haut risque chez ces sujets (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005). En comparaison aux patients souffrant de dépression, l'apparition des conduites suicidaires serait plus hâtive et le nombre de tentatives à vie plus élevé chez les patients présentant un TPL (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994). Enfin, lorsque le diagnostic de TPL s'ajoute à celui de la dépression, les conduites suicidaires tendent à s'aggraver. La comorbidité de ces deux troubles est en effet associée à une plus grande létalité des gestes suicidaires et à un plus grand nombre de tentatives que dans la dépression sans TPL (Corbitt, Malone, Haas, & Mann, 1996; Soloff, Fabio, Kelly, Malone, & Mann, 2005).

2.2 Utilisation des services et abandons de traitement des personnes avec TPL

Parmi les études qui se sont penchées sur l'abandon du traitement d'adolescents en pédopsychiatrie à ce jour, très peu d'entre elles se sont intéressées

à ce phénomène chez les adolescents avec TPL. Par contre, ce problème a été étudié chez l'adulte avec TPL. La section qui suit recense cette littérature.

2.2.1 Clientèle adulte

Une littérature de plus en plus abondante témoigne de l'efficacité d'approches psychothérapeutiques pour diminuer les conduites suicidaires des patients présentant un TPL (Bateman & Fonagy, 2001; Binks, Fenton, McCarthy, Lee, Adams, & Duggan, 2006; Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Bohme, & Linehan, 2000; Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, Korslund et al., 2006; Rathus & Miller, 2002; Verheul, Van Den Bosch, Koeter, De Ridder, Stijnen, & Van Den Brink, 2003). Dans une méta-analyse réalisée en 2000, Perry, Banon & Ianni (1999) ont démontré que les patients adultes avec TPL ayant bénéficié de psychothérapie avaient un taux de rémission sept fois plus élevé que ceux qui n'avaient pas reçu ce traitement. De plus, dans leur étude longitudinale sur l'évolution à long terme des patients souffrant de TPL, Zanarini (2006) ont trouvé que les patients qui consultent plus jeunes connaissent une rémission plus rapide de leur trouble.

Bien que les patients présentant un TPL connaissent une évolution plus favorable lorsqu'ils reçoivent un traitement, celui-ci est par ailleurs reconnu pour être exigeant et difficile. Le mode d'utilisation de services de ces patients est, en effet, connu pour être chaotique (Fallon, 2003; Runeson & Beskow, 1991). La consommation erratique des traitements, les difficultés d'assiduités à la psychothérapie, les refus de prendre la médication tel que prescrit ainsi que les abandons de traitement fréquents caractérisent en effet, leur parcours thérapeutique (Cailhol, 2008; Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin, & Kernberg, 2006).

En dépit de cette apparente insoumission aux recommandations thérapeutiques, les patients présentant un TPL sollicitent beaucoup de services de santé et sont parmi les plus grands consommateurs des ressources (Cailhol, 2008; Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin, & Kernberg, 2006). Comparativement aux patients souffrant d'autres troubles de la personnalité ou de

dépression, ces patients reçoivent significativement plus de traitements de toute nature en psychiatrie. Ce sont de grands utilisateurs des salles d'urgence, de l'hospitalisation, des services externes, et ils reçoivent significativement beaucoup plus d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, de stabilisateurs de l'humeur que les patients déprimés (Bender, Dolan, Skodol, Sanislow, Dyck, McGlashan, Shea et al., 2001; Zannarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2004; Zannarini et al., 2001).

Considérant que cette pathologie est répandue, douloureuse, invalidante et parfois mortelle et que des coûts importants découlent des atteintes fonctionnelles qu'elle entraîne, plusieurs soutiennent que le TPL devrait être considéré comme un problème majeur de santé publique (Cailhol, 2008; Levy et al., 2006). Il n'en demeure pas moins que les difficultés de ces patients à demeurer en traitement sont notoires. Entre la moitié et les deux tiers cessent prématurément leur traitement (Gunderson et al., 1989; Kelly et al., 1992; Skodol et al., 1983). Plus encore, dans une étude sur l'arrêt prématuré de la psychothérapie, Sales (2003) a trouvé que, bien qu'ils ne constituaient que 8 % de l'échantillon des décrocheurs, les patients présentant un TPL avaient tous abandonné immédiatement après l'entrevue initiale.

Des difficultés émergeant pendant le processus des soins sont fréquemment mises en cause dans l'arrêt du traitement chez les patients adultes. Gunderson et coll. (1989) ont identifié trois sous-groupes de décrocheurs selon leurs motifs d'abandon de la psychothérapie. Le premier groupe se caractérise par une motivation initiale raisonnable et l'apparition de tension entre le patient et le thérapeute en cours de processus. Les patients de ce groupe justifient leur départ de la thérapie par 1) l'aggravation de leur état qu'ils attribuent aux soins reçus 2) leur désaccord avec le thérapeute concernant leur besoin et 3) l'attitude distante, froide ainsi que l'incompréhension et l'indifférence de celui-ci. Les thérapeutes de leur côté rapportent que la rupture du traitement chez ce groupe survient au moment où ils aident le patient à reconnaître une difficulté. Selon ces soignants, cette confrontation ébranlerait brutalement la représentation idéalisée du thérapeute et conduirait à une impasse, dont la seule issue possible pour le patient est de mettre fin à la relation thérapeutique. La difficulté à tolérer l'émergence d'affects

douloureux et une perception négative du thérapeute ont également été associées à l'arrêt prématuré de la thérapie de groupe dans une étude qualitative réalisée en Norvège auprès d'adultes présentant un TPL (Hummelen, Wilberg, & Karterud, 2007).

L'abandon chez le second groupe constitué de patients plus jeunes est, selon Gunderson (1989), relié à un soutien insuffisant de la part de la famille, voire à leur antagonisme par rapport à la démarche thérapeutique. Le dernier groupe est constitué de patients qui présentent une absence de motivation au traitement et des conduites antisociales.

D'autres déterminants inhérents au patient ont pu être identifiés dans cette étude. Les patients avec TPL qui sont plus déprimés, qui présentent des pensées suicidaires plus fréquentes, et plus de défenses primitives demeurent davantage en traitement. Toutefois, ces patients eu plusieurs épisodes de psychothérapie et avaient été suivis par plus de thérapeutes différents que les décrocheurs. Ces résultats suggèrent qu'une histoire d'abandons antérieurs ne les empêcherait pas de s'engager éventuellement.

Certaines caractéristiques psychologiques et comportementales de cette pathologie ont aussi associé à un plus haut risque d'abandons. L'hostilité, la colère, l'impulsivité, un style d'attachement désorganisé et la consommation de drogue ont notamment été retrouvés plus souvent chez ceux qui ont abandonné leur traitement (Kelly et al., 1992; Levy, Beeney, & Temes, 2011; Löffler-Stastka, Voracek, Leithner, Fisher-Kern, Presslich, Kunz, & Meissel, 2003; Rusch, Schiel, Corrigan, Leihener, Jacob, Olschewski, Lieb et al., 2008). La comorbidité avec d'autres troubles de personnalité augmente aussi le risque (Webb & McMurran, 2009). Finalement, l'association entre la motivation au changement et l'abandon chez l'adulte avec TPL a également été identifiée. Les patients qui amorcent le traitement alors qu'ils se situent au stade précontemplatif décrit par Prochaska et coll. (Prochaska & Norcross, 1994) et ceux qui ont plus de motivations externes (ordonnance légale, demande du conjoint) se sont révélés plus à risque de cesser le

traitement prématurément (Soler, Trujols, Pascual, Portella, Barrachina, Campins, Tejedor et al., 2008; Webb & McMurran, 2009).

Une méta-analyse récente s'est penchée sur le phénomène de l'abandon de traitement chez les patients adultes souffrant d'un TPL. Les auteurs concluent que lorsque seuls les traitements démontrés efficaces sont pris en compte, les taux d'abandon n'atteignent que 25 à 30 % (Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2010). Bien que plus modérés, ces taux d'abandon demeurent néanmoins préoccupants.

2.2.2 Clientèle adolescente

Les données disponibles sur les taux d'abandon des adolescents avec TPL proviennent en grande partie de recherche sur l'évaluation d'approches thérapeutiques où l'attrition du programme figurait parmi les indicateurs mesurés. Des taux d'abandon de 39 % ont été trouvés dans une étude évaluant l'efficacité du programme Emotion Regulation Training (une adaptation du Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)) (Schuppert et al., 2009) et de 38 % dans deux autres portant sur la thérapie cognitive analytique (Chanen et al., 2008) et la thérapie dialectique comportementale adaptée aux adolescents (TCD-A) (Rathus & Miller, 2002).

À notre connaissance, aucune étude ne s'est spécifiquement attardée à cerner le problème de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL. Une recherche récente s'est toutefois intéressée à la participation au traitement de ces jeunes (Halaby, 2004). Réalisée en 2004 au *Montefiore Medical Center's Adolescent Depression and Suicide de New York*, celle-ci a cherché à identifier les déterminants de la fidélité au traitement auprès d'une population d'adolescents avec TPL. Elle visait plus spécifiquement à cerner l'impact des variables liées au jeune, à la famille et au contexte présentes avant la prise en charge en TCD-A. Les 133 adolescents de cette étude avaient un diagnostic de TPL ou en présentaient au moins trois critères diagnostiques. Pour être inclus, ils devaient aussi avoir posé un geste suicidaire ou présenté des idées suicidaires dans les seize semaines précédant la recherche.

En moyenne, ces adolescents se sont présentés à 56 % de l'ensemble de leur rendez-vous, soit à 60 % de leur thérapie individuelle et à 52 % de leur séance de groupe. Parmi les nombreux déterminants investigués, seuls un manque de participation du parent et une attitude négative de ce dernier à l'égard du traitement ont été associés à moins de présence aux rencontres des jeunes. Les variables familiales constituaient en fait le plus grand prédicteur de la fidélité au traitement des adolescents, représentant 21 % de la variance. Ce dernier résultat converge avec celui de Gunderson (1989) auprès de la clientèle adulte, relativement à l'importance du soutien familiale dans la participation au traitement. De plus, bien que la corrélation soit plus modeste, les adolescents qui présentaient plus de symptômes du TPL ont aussi assisté à moins de séances.

2.3. Abandon de traitement en pédopsychiatrie

L'abandon du traitement en pédopsychiatrie constitue une problématique préoccupante. En effet, de 50 % à 73 % des enfants et adolescents référés dans un service de pédopsychiatrie ne donnent pas suite à la recommandation d'obtenir un suivi ou ne complètent pas le traitement proposé après l'avoir amorcé (Kazdin, 1996; Lazaratou, Vlassopoulos, & Dellatolas, 2000; Trautman et al., 1993; Viale-Val, Rosenthal, Curtiss, & Marohn, 1984).

Un grand nombre de déterminants susceptibles d'être associés à l'arrêt précoce du traitement des enfants et les adolescents a été exploré. Ceux-ci ont été regroupés selon trois grandes catégories (Abella & Manzano, 2000; Dierker, Nargiso, Wiseman, & Hoff, 2001; Gearing, Schwalbe, & Short, 2012). Il s'agit des déterminants liés 1) au jeune (variables démographiques, diagnostic, type de symptômes, etc.), 2) à la famille (variables démographiques, psychopathologie parentale, attentes et motivation) et finalement 3) au dispositif de soin (caractéristiques du thérapeute, type de traitement, pairage, alliance thérapeutique, phase du processus thérapeutique, organisation des soins). La section qui suit présente une revue des études sur l'abandon du traitement d'enfants et d'adolescents traités en pédopsychiatrie selon chacune de ces trois catégories de déterminants.

2.3.1 Déterminants liés à l'adolescent

2.3.1.1 Variables démographiques

Les évidences sur les déterminants de l'abandon de traitement liés aux caractéristiques des enfants ou des adolescents sont plutôt faibles sauf en ce qui concerne les variables démographiques. La littérature converge en effet vers la conclusion que ces dernières ne seraient pas reliées à l'arrêt prématuré du traitement. L'absence d'association entre l'âge, le sexe, l'ethnie, le quotient intellectuel (QI) ou le niveau de scolarité et le désengagement au traitement est confirmée dans plusieurs études (Dierker et al., 2001; Garcia & Weisz, 2002; Kaminer, Tarter, Bukstein, & Kabene, 1992; Lai, Chan, Pang, & Wong, 1997; Lazaratou et al., 2000; Pellerin, Costa, Weems, & Dalton, 2010; Viale-Val et al., 1984), et cela malgré l'hétérogénéité des populations étudiées, de la définition opérationnelle de l'abandon et des contextes de soin étudiés.

2.3.1.2 Psychopathologie

En contraste, l'impact de la psychopathologie sur l'arrêt prématuré du traitement apparaît moins clair. En effet, les résultats des études ne convergent pas. Selon certaines, le diagnostic serait associé à l'arrêt prématuré du traitement. Les troubles externalisés, dont les troubles des conduites et l'abus de substance sont les diagnostics qui ont été les plus associés à l'abandon du traitement chez la clientèle pédopsychiatrique (Baruch, Gerber, & Fearon, 1998; Dierker et al., 2001; El-Badri & McArdle, 1998; Kaminer et al., 1992; Kazdin, 1990; Kazdin & Mazurick, 1994; Kazdin, Mazurick, & Bass, 1993; Pagnin, de Queiroz, & Saggese, 2005; Pelkonen, Marttunen, Laippala, & Lonnqvist, 2000; Viale-Val et al., 1984). Ces résultats n'ont toutefois pas été reproduits par Rotheram-Borus Piacentini, Van Rossem, Graae, Cantwell, Castro-Blanco, & Feldman (1999) qui constatent au contraire que ceux présentant des troubles de comportement ont assisté à deux fois et demie plus de séances que ceux qui ne présentent pas ces symptômes. Quelques études suggèrent que l'adhésion au traitement est plus faible chez les adolescents ne présentant pas de trouble de l'humeur (Haw, Houston, Townsend, & Hawton, 2002; Pelkonen et al.,

2000). Par ailleurs, les conclusions sont plus divergentes concernant les patients présentant un trouble anxieux. Selon certains, ces jeunes adhèrent plus difficilement au traitement (Kendall & Sugarman, 1997; Rotheram-Borus et al., 1999) tandis que d'autres suggèrent au contraire qu'ils demeurent davantage en traitement (Lazaratou et al., 2000). Finalement, un autre groupe d'études tendent plutôt à démontrer l'absence d'association entre la psychopathologie et l'abandon (Breton, Briones, Lemyze, & De La Durantaye, 1975; Lai et al., 1997; Lazaratou et al., 2000).

Les résultats tendent également à diverger lorsque c'est l'intensité de la pathologie qui est considérée plutôt que sa spécificité. Les travaux de Kazdin et Mazurick (1994) et de Dierker (2001) suggèrent que la sévérité de la pathologie ainsi que la chronicité des atteintes fonctionnelles augmentent l'abandon. Lazaratou (2000) et Rotheram-Borus (1999) constatent à l'inverse que les patients présentant une pathologie plus sévère demeurent davantage en traitement.

Ces divergences de conclusions sur l'impact de la psychopathologie pourraient s'expliquer par le fait que plusieurs études n'ont pas utilisé de méthode standardisée pour établir le diagnostic. Certaines ont simplement utilisé les symptômes identifiés par le référent (Dierker et al., 2001; Pelkonen et al., 2000; Stern, Cottrell, & Holmes, 1990; Viale-Val et al., 1984), ou les informations obtenues lors de l'entrevue à l'inscription (Sales, 2003). Les variables cliniques dans ce cas étaient la plainte principale motivant la demande. D'autres études ont utilisé des catégories déterminées à partir d'évaluations standardisées sans se référer formellement aux systèmes de classification des maladies mentales usuels (Granboulan et al., 2001). Finalement, un dernier groupe de chercheurs ont préféré faire référence aux systèmes diagnostiques les plus courants comme le DSM ou l'*International Classification of Diseases* (ICD) (Armbruster & Fallon, 1994; Halaby, 2004; Kaminer et al., 1992; Kazdin & Mazurick, 1994; Lazaratou et al., 2000; Rotheram-Borus et al., 1999). L'opérationnalisation hétérogène de la variable « psychopathologie » d'une étude à l'autre rend la comparaison des résultats difficile et hasardeuse. De plus, même lorsque le diagnostic est établi grâce à l'utilisation de systèmes de classification reconnus, la comorbidité avec une

pathologie de la personnalité n'est à peu près jamais considérée. Finalement, les contextes de soin variés et la diversité des populations cliniques étudiées compliquent également la tâche de mettre leurs résultats en perspective.

2.3.1.3 Expérience subjective des soins

Peu d'études ont porté leur attention sur l'expérience subjective de l'adolescent à l'égard du traitement pour expliquer l'abandon du traitement. Cependant, l'exploration de cette avenue apparaît pertinente. Ainsi, les résultats obtenus par Viale-Val (1984) démontrent un taux très élevé d'arrêt précoce du traitement chez les adolescents qui présentaient une réaction négative face à la référence à des services de santé mentale. En effet, 90 % des adolescents niant leurs difficultés et en désaccord avec la recommandation d'un suivi ont abandonné avant même le début du traitement. Cette justification pour cesser le traitement atteignait un taux de 63 % dans l'étude de Lai et coll. (1997).

Plus récemment, Gearing et coll. (2012) ont aussi souligné le rôle de dimensions subjectives dans l'abandon de traitement psychosocial d'adolescents suivis en clinique externe. Leurs résultats suggèrent que la motivation à changer et la perception de l'efficacité du traitement constituent des enjeux associés à l'engagement. Finalement, une vaste étude réalisée à partir de données épidémiologiques recueillies aux États-Unis et au Canada met en évidence l'association entre l'abandon et les perceptions à l'égard du traitement (Weisz & Hawley, 2002). Comptant près de 20 % de répondants âgés de 15-24 ans, cette étude a montré que des dispositions négatives à rencontrer des professionnels de la santé mentale de même que des attentes pessimistes à l'égard du traitement accroissent le risque d'abandon.

Il faut cependant souligner qu'à l'exception de cette dernière étude, les données sur l'expérience des soins des adolescents ont été obtenues soit à partir d'informations au dossier médical (Viale-Val et al., 1984), de questionnaires complétés par le parent (Lai et al., 1997) ou par le biais de groupes de discussions

avec des soignants (Gearing et al., 2012) sans être validées par les adolescents eux-mêmes.

2.3.2 Déterminants liés à la famille

Les enfants et les adolescents sollicitent rarement eux-mêmes des services de santé mentale. C'est souvent grâce à l'initiative des parents que les jeunes accèdent aux services. De ce fait, il est plausible que la famille puisse également constituer un déterminant important de l'arrêt prématuré du traitement en pédopsychiatrie.

2.3.2.1 Statut socioéconomique

Comme c'est le cas pour les variables liées au jeune, les études sur les déterminants associées à la famille ne permettent d'obtenir de conclusions fermes. Ainsi, plusieurs études ont associé un statut socioéconomique (SSE) défavorisé et l'arrêt précoce du traitement (Armbruster & Fallon, 1994; Fernandez & Eyberg, 2009; Kazdin & Mazurick, 1994; Pelkonen et al., 2000; Prinz & Miller, 1994; Viale-Val et al., 1984), d'autres concluent au contraire qu'il n'y a pas d'association entre ces deux variables (Kaminer et al., 1992; King et al., 1997; Lazaratou et al., 2000). La définition opérationnelle du SSE varie cependant d'une étude à l'autre. Certaines ont utilisé un système de classification reconnu comme le Hollingsthead, (Armbruster & Fallon, 1994; Viale-Val et al., 1984) ou mieux encore, plusieurs indices pour mesurer cette variable (Kazdin & Mazurick, 1994), tandis que d'autres ont plutôt inféré les données sur la situation famille à partir d'informations indirectes comme l'occupation des parents ou le secteur urbain du domicile (Armbruster & Schwab-Stone, 1994; King et al., 1997; Lazaratou et al., 2000; Pelkonen et al., 2000; Taylor & Stansfeld, 1984).

L'association entre le SSE et l'abandon pourrait cependant être faussée par des variables confondantes. Armbruster & Fallon (1994) ont trouvé que les familles dont le SSE était précaire, mais qui présentaient par ailleurs une forte cohésion familiale et étaient orientées vers la réussite utilisaient mieux les services que les familles de statut comparable avec conflits familiaux. Ce résultat a également été

reproduit par Rotheram-Borus (1999). Des analyses permettant le contrôle de la variable « stress parental », aussi associé à l'abandon (Attride-Stirling, Davis, Farrell, Groark, & Day, 2004; Kazdin, Mazurick, & Siegel, 1994) pourraient également éclairer les résultats divergents sur les effets du SSE sur l'abandon du traitement en pédopsychiatrie.

2.3.2.2 Psychopathologie parentale

La présence d'une psychopathologie chez les parents a également été soupçonnée comme un déterminant possible de l'abandon du traitement. Celle-ci n'a toutefois pas été associée de manière constante à l'abandon. Certaines études ont trouvé une corrélation positive (King et al., 1997; Rotheram-Borus et al., 1999; Siegel, Norris, & Escobar, 1994) tandis que d'autres n'ont pas trouvé d'association (Dierker et al., 2001; Halaby, 2004; Kaminer et al., 1992; Kazdin, 1990).

La diversité des définitions opérationnelles de cette variable limite cependant les comparaisons entre ces études et pourrait expliquer la disparité apparente des résultats. Certaines ont recueilli les données sur la santé mentale des parents par une évaluation formelle à partir d'instruments standardisés (Kazdin & Mazurick, 1994; Rotheram-Borus et al., 1999). D'autres ont obtenu des informations rétrospectivement à partir du dossier de l'enfant (Siegel et al., 1994) ou ont soumis les parents à une entrevue clinique, parfois conduite par un autre professionnel que le médecin pour statuer sur la présence d'une pathologie psychiatrique chez le parent (Kaminer et al., 1992). Finalement, certaines recherches ont tenté d'associer l'abandon avec différents symptômes psychiatriques présents chez le parent tandis que d'autres ont utilisé un diagnostic formel.

La spécificité de la psychopathologie parentale apporte un autre éclairage sur les causes de ces contradictions dans les résultats. Quelques études suggèrent que certaines pathologies pourraient être davantage associées à l'arrêt précoce du traitement. L'étude de King (1997) s'est penchée sur la poursuite du traitement externe de 66 adolescents hospitalisés pour des conduites suicidaires. Ceux dont la mère présentait des symptômes dépressifs et/ou paranoïdes étaient plus nombreux à

ne pas se présenter à plus d'une séance de psychothérapie individuelle. Cette tendance s'est révélée beaucoup plus marquée dans le cas de mères paranoïdes et reproduit les résultats déjà obtenus antérieurement par une autre étude portant sur l'abandon de thérapie de groupe chez les adolescents (Holmes, 1983). De leur côté, Pellerin et coll. (2010) ont trouvé que les parents des décrocheurs rapportaient plus souvent des symptômes dépressifs ou des limites intellectuelles (Fernandez & Eyberg, 2009).

2.3.2.3 Expérience subjective des soins

À l'instar des résultats portant sur les déterminants liés à l'expérience subjective des jeunes, des données semblables concernant les parents apportent également un éclairage sur le processus d'abandon. Les parents d'enfants ayant cessé leur démarche avant le début du traitement ont été questionnés sur les raisons motivant leur abandon lors d'une étude réalisée dans un hôpital universitaire québécois (Breton et al., 1975). Plus de la moitié (54 %) ont mentionné que les soignants ne leur avaient pas donné une description adéquate du problème de leur enfant. Cette donnée converge avec les résultats d'une autre étude montrant que l'abandon est plus probable lorsque la compréhension du problème des thérapeutes et des parents diffèrent (Miller & Prinz, 2003). Dans une autre étude réalisée dans une clinique de pédopsychiatrie de Hong Kong, un questionnaire portant sur les raisons d'abandon a été administré à 38 parents d'enfants ayant cessé prématurément le traitement (Lai, et al., 1997). Les raisons invoquées ont été 1) la croyance que leur enfant ne nécessitait pas de soins psychiatriques (55.3 %), 2) l'impression que l'enfant avait fait des progrès (39.5 %) et 3) un désaccord avec l'opinion clinique du médecin (36.7 %).

D'autres études montrent que l'attitude des parents par rapport au traitement peut en influencer la poursuite ou l'arrêt (Attride-Stirling et al., 2004; Fernandez & Eyberg, 2009; Luk, Staiger, Mathai, Wong, Birleson, & Adler, 2001; McKay, Harrison, Gonzales, Kim, & Quintana, 2002; Pekarik, 1992; Prinz & Miller, 1994; Zagayko, 1994). Cette variable a été identifiée comme étant la plus

significativement associée à l'abandon du traitement chez les adolescents (Burns, et al., 2008; Halaby, 2004). En effet, ceux-ci étaient plus susceptibles de décrocher lorsque le parent est ambivalent, non disposé ou incapable de participer au traitement.

Plus récemment, Kazdin, Holland & Crowley (1997) et Kazdin, Holland, Crowley & Breton (1997) ont proposé un modèle conceptuel désigné comme le Modèle des barrières au traitement³ (The barriers-to-treatment model) basé essentiellement sur la perception du parent. Celui-ci propose que les familles font face à une multitude de difficultés interférant avec leur participation au traitement et que l'expérience négative subjective de celles-ci augmente le risque d'abandon. Ces perceptions sont désignées comme les *barrières à la participation au traitement*. Celles-ci regroupent 1) la perception que le traitement est exigeant et peu pertinent et 2) une mauvaise alliance du parent avec le soignant. Cette équipe a testé ce modèle auprès de parents d'enfants présentant des troubles externalisés. Leurs résultats confirment que la perception des barrières à la participation était indépendante des caractéristiques de la famille, du parent ou de l'enfant et que le risque d'abandon était atténué lorsque le parent percevait moins de barrières. S'appuyant sur le même modèle théorique, Steven, Kelleher, Ward-Estes & Hayes (2006) ont confirmé ces résultats pour des jeunes présentant une diversité de diagnostic.

2.3.3 Déterminants liés au dispositif de soin

Les variables liées au dispositif de soin représentent la troisième catégorie de déterminants investigués dans la littérature portant sur l'abandon du traitement en pédopsychiatrie. Elles regroupent les caractéristiques du thérapeute, l'alliance thérapeutique et le pairage, les spécificités du cadre du traitement, les modalités et les étapes du processus de prise en charge.

³ Traduction libre de l'auteure

2.3.3.1 Caractéristiques du soignant

L'association entre les caractéristiques des soignants et l'abandon de traitement a été explorée par quelques études. Le sexe et l'ethnie du soignant ne semblent pas faire de différence dans le maintien en traitement des adolescents. Les cliniciens de sexe féminin ne comptent pas plus de décrocheurs que les thérapeutes masculins ou les cliniciens d'une ethnie en particulier (Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander, & Kogan, 2006).

En contrepartie, il semble que le pairage des sexes et de l'ethnie entre le jeune et le soignant soit plus déterminant. En effet, le pairage d'adolescent et de soignant de même sexe ou de même ethnie a été associé au maintien au traitement (Viale-Val et al., 1984; Wintersteen, Mensinger, & Diamond, 2005). L'affiliation professionnelle, par contre, ne fait pas consensus. Certains n'ont pas trouvé de lien avec l'affiliation professionnelle des thérapeutes (Armbruster & Fallon, 1994; Kazdin & Mazurick, 1994). En contraste, Vial-val et coll. (1984) ont trouvé que les patients assignés aux étudiants en médecine abandonnaient davantage que ceux pris en charge par les psychologues ou les travailleurs sociaux. Ils expliquent ce résultat par l'intérêt pour le travail avec les adolescents qu'il postule moins élevé chez les stagiaires. Il est toutefois possible qu'il traduise plutôt la différence d'investissement d'un soignant de passage dans une équipe. Ainsi, la disposition du soignant pourrait être significative, mais n'a pas été spécifiquement investiguée en pédopsychiatrie. Seul Sirles (1990) rapporte une corrélation positive entre la prédiction d'un abandon par le soignant et la réalisation de la rupture.

2.3.3.2 Relation thérapeutique

La qualité de la relation de l'adolescent avec les soignants pourrait faire une différence dans la complétion du traitement. Il est surprenant toutefois que la relation thérapeutique entre l'adolescent et le soignant ait été peu examinée dans les études sur l'abandon. Deux études seulement se sont penchées sur l'impact de ce déterminant auprès d'adolescents traités en clinique externe de pédopsychiatrie (Hawley & Weisz, 2005). L'association entre l'alliance thérapeutique et les

variables du nombre de présences au rendez-vous et du nombre d'annulations a été examinée. Cette recherche conclut à l'absence de corrélation entre l'alliance thérapeutique et ces deux variables. La seconde étude suggère que la perception que les interventions du soignant sont coercitives est associée aux difficultés d'engagement des adolescents (Gearing et al., 2012). Ce résultat a toutefois été obtenu à partir d'entrevues avec les soignants uniquement. Dans un autre contexte de soins, Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Barratt, & Hwang (2000) ont trouvé que les adolescents délinquants qui rapportaient une mauvaise relation avec le personnel d'un centre correctionnel étaient plus nombreux à fuguer. En contrepartie, la satisfaction par rapport au traitement a été positivement associée à la qualité de la relation thérapeutique. Les aspects comme le sentiment d'être compris et l'entente sur les problèmes à traiter contribuent à une perception positive du traitement (Garland, Aarons, Saltzman, & Kruse, 2000).

Les études recensées sur l'abandon de traitements en pédopsychiatrie sont toutefois plus nombreuses à s'être intéressé à la relation du parent avec le soignant. La plupart concluent que l'alliance des parents avec le soignant est corrélée au maintien du suivi (Garcia & Weisz, 2002; Hawley & Weisz, 2005; Kazdin, Holland, & Crowley, 1997; Robbins et al., 2006; Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003). L'étude de Garcia (2002) montre en fait que les problèmes de relation rencontrée par le parent avec le soignant contribuent davantage à la décision de cesser le traitement que les problèmes financiers.

2.3.3.3 Nature et organisation des soins

Un passage à l'urgence, le fait de recevoir une médication et la modalité thérapeutique n'ont pas pu être associés à l'abandon du traitement chez les enfants (Armbruster & Fallon, 1994; Kazdin & Mazurick, 1994). Les patients qui reçoivent une médication et de la psychothérapie seraient toutefois moins susceptibles d'abandonner que ceux qui bénéficient d'une seule modalité thérapeutique (Weisz & Hawley, 2002). Par ailleurs, l'approche thérapeutique pourrait faire une différence chez les adolescents. Parmi les jeunes de 12 à 24 ans suivis dans une

clinique communautaire, ceux traités avec une approche de soutien ont connu moins d'abandons que ceux engagés dans une approche interprétative (Baruch et al., 1998).

L'intensité du suivi a été positivement associée à la poursuite du traitement (Granboulan et al., 2001; Viale-Val et al., 1984). Granboulan (2001) a trouvé que l'engagement au suivi externe des adolescents était proportionnel à la durée de l'hospitalisation et la fréquence des séances pendant l'hospitalisation.

Des éléments appartenant aux contingences très concrètes de la poursuite d'un traitement se sont révélés significatifs dans les quelques recherches qui les ont étudiés. Un conflit d'horaire entre l'école et les rendez-vous a été invoqué par 60 % des parents pour motiver l'arrêt du suivi dans l'étude de Lai (1997). Lazaratou (2000) a trouvé que les risques d'abandon étaient plus importants lorsque le premier rendez-vous avait lieu entre avril et juin. Le début de la thérapie des patients admis à cette période étant plus souvent reporté en septembre, les auteurs font l'hypothèse que les parents perdent alors leur motivation ou perçoivent que l'équipe a jugé leur demande peu prioritaire.

2.3.3.4 Source de référence

La source de référence a aussi fait l'objet de questionnement. Breton (1975) a trouvé que la recommandation d'entreprendre un traitement est plus souvent suivie lorsqu'elle provient d'un médecin plutôt que du milieu scolaire. Ce résultat converge avec celui de Gould (1985) qui conclut qu'il y a plus d'abandons parmi les jeunes qui sont référés par leur école, mais cette association est significative seulement dans les cas où les parents présentent des perturbations de leur état mental. Plusieurs autres études n'ont pas trouvé d'association entre la source de référence et l'abandon (Armbruster & Schwab-Stone, 1994; Dierker et al., 2001; Lazaratou et al., 2000; Stern et al., 1990). Il est possible toutefois que les différents contextes de référence puissent influencer de manière significative les effets sur l'arrêt du traitement. Cottrell (1988) par exemple, a trouvé moins d'abandons lorsque le référent et l'équipe traitante se consultent. L'impact de la référence

pourrait sans doute être mieux compris à la lumière de dimensions subjectives. En effet, le degré de coercition de la référence par exemple, ou des motivations secondaires des parents comme l'obtention d'allégements fiscaux pourraient avoir un impact sur la poursuite du traitement.

La possibilité d'obtenir une consultation sans référence d'un médecin ou la demande du parent pourrait constituer une condition favorisant la poursuite du traitement chez les jeunes. Baruch (1998) souligne que l'environnement et l'organisation des soins peuvent favoriser l'accessibilité et l'acceptabilité du traitement lorsqu'ils sont adaptés aux particularités des adolescents. Son étude montre que les jeunes s'étant référés eux-mêmes étaient beaucoup plus nombreux à poursuivre leur traitement que ceux orientés par un référent.

2.3.4 Abandon du traitement de l'adolescent suicidaire

Les jeunes qui verbalisent des idéations suicidaires ou qui tentent de mettre fin à leurs jours présentent une détresse suffisamment importante pour justifier le recours à une aide professionnelle. Ils sont le plus souvent accueillis dans les urgences puis orientés vers l'hospitalisation ou les cliniques externes. La prise en charge thérapeutique de ces jeunes est indispensable pour la résolution de la crise, mais également pour la prévention de la récurrence suicidaire. Les conséquences d'un traitement cessé trop précocement chez un jeune ayant posé un geste suicidaire sont préoccupantes lorsqu'on considère que le risque de récurrence est plus élevé dans les mois qui suivent la tentative (Appleby & Warner, 1993; Brent, Johnson, et al., 1993; Spirito, Plummer, Gispert, Levy, Kurkjian, Lewander, Hagberg et al., 1992) et que ceux qui ne se présentent pas au traitement sont ceux qui sont le plus susceptibles de récidiver (van Heeringen, Jannes, Buylaert, Henderick, & et al., 1995).

La difficulté à poursuivre un traitement jusqu'à sa conclusion se révèle cependant notoire chez les adolescents suicidaires. Ces derniers abandonneraient le traitement plus rapidement que les non-suicidaires (Trautman et al., 1993). Entre 40 % et 77 % des adolescents ayant consulté à la suite d'une tentative de suicide abandonnent leur traitement précocement sans avis médical (King et al., 1997;

Ottino, 1995; Pelkonen et al., 2000; Piacentini, Rotheram-Borus, Gillis, Graae, Trautman, Cantwell, Garcia-Leeds et al., 1995; Trautman et al., 1993; Viale-Val et al., 1984). Jusqu'à la moitié d'entre eux ne se présenteraient pas au premier rendez-vous (Pillay & Wassenaar, 1995).

2.3.4.1 Variables démographiques

Comme cela a été décrit plus tôt, la littérature en pédopsychiatrie converge généralement vers la conclusion que les variables démographiques ne sont pas reliées à l'arrêt prématuré du traitement. Les données relatives aux adolescents suicidaires divergent toutefois quelque peu. Bien que certains chercheurs n'ont pas trouvé d'association avec l'âge (Granboulan et al., 2001; Trautman et al., 1993), d'autres concluent que les adolescents suicidaires qui abandonnent le traitement sont plus âgés (Piacentini et al., 1995). Ces résultats contradictoires peuvent toutefois être nuancés lorsqu'on distingue les décrocheurs précoces et les plus tardifs. Pelkonen (2000) a trouvé, par exemple, que les jeunes qui cessent très rapidement étaient plus âgés que ceux qui poursuivent au-delà de 14 séances. Des résultats comparables sont rapportés par Piacentini et coll. (1995), à l'effet que, chez les adolescents qui ont fait une tentative, les garçons plus jeunes assistent à un plus grand nombre de séances que leurs aînés (11-15 ans vs 16-19 ans). Il est possible que la gravité de conduites suicidaires chez les plus jeunes ait favorisé un encadrement plus important de la part des parents et une mobilisation plus grande des soignants pour maintenir le suivi. Une telle distinction par rapport au groupe d'âge n'a cependant pas été retrouvée chez les filles malgré que celles-ci aient tendance à manquer davantage de rendez-vous (Trautman et al., 1993).

D'autres variables objectives relatives aux aspects démographiques ont été examinées chez les adolescents suicidaires, mais leur association avec l'abandon demeure imprécise. Quelques études ont trouvé une relation positive entre un SSE précaire et l'arrêt précoce du traitement (Pelkonen et al., 2000; Viale-Val et al., 1984), tandis que celle de Rotheram-Borus (1999) conclut au contraire que ces familles poursuivent davantage le traitement. Finalement, plusieurs n'ont pas trouvé

de corrélation entre l'abandon et SSE (Spirito, Lewander, Levy, Kurkjian, & Fritz, 1994; Taylor & Stansfeld, 1984).

2.3.4.2 Psychopathologie

De même, les données quant à une association avec le diagnostic permettent difficilement d'arriver à des conclusions définitives. Quelques recherches ont trouvé moins d'abandons des rencontres de suivi chez les jeunes suicidaires plus sévèrement déprimés (Granboulan et al., 2001; Ottino, 1995; Taylor & Stansfeld, 1984) tandis que d'autres tendent plutôt à démontrer la relation inverse (Pelkonen et al., 2000), ou suggèrent l'absence d'association entre ces variables (Burns, Cortell, & Wagner, 2008; Trautman et al., 1993). Les adolescents déprimés seraient par contre moins fidèles au traitement pharmacologique que ceux qui ne présentent pas cette symptomatologie (Burns et al., 2008). Les conclusions sont toutes aussi divergentes concernant les troubles anxieux chez les adolescents suicidaires. Dans l'étude de Rotheram-Borus (1999), ces jeunes ont adhéré plus difficilement au traitement tandis que Halaby (2004) n'a trouvé aucune association.

L'association entre l'abandon précoce du traitement et la présence de symptômes externalisés a été démontrée d'une manière assez constante pour la clientèle pédopsychiatrique (Kazdin et al., 1994). Cependant, lorsqu'il s'agit d'adolescents qui présentent aussi des conduites suicidaires, cette association apparaît moins claire. Burns (2008) a trouvé que parmi les adolescents ayant fait une tentative de suicide, ceux présentant des troubles du comportement se sont révélés à plus haut risque d'abandon tandis que Granboulan (2001) n'a pas trouvé d'association significative. Ces jeunes ont même démontré une participation plus longue au traitement dans une autre étude (Rotheram-Borus et al., 1999). Ces résultats peuvent toutefois être mis en perspective. En effet, cette dernière recherche s'est penchée sur une intervention spécialisée mise en place spécifiquement pour augmenter l'adhésion au traitement d'une population de jeunes filles de milieu défavorisé. La poursuite de leur traitement pourrait avoir été favorisée par le fait que le suivi offert était mis en place immédiatement à partir de la visite à l'urgence et

que des stratégies spécifiques notamment la psychoéducation ont été utilisées. Ces jeunes, qui démontrent une tendance à abandonner plus hâtivement que les autres décrocheurs, souvent dès l'évaluation ou avant même que le traitement ne soit amorcé (Pelkonen et al., 2000) pourraient avoir adhéré plus facilement à un modèle de soin où la prise en charge est structurée et amorcée au moment même de la demande.

Finalement, les quelques études vérifiant l'association entre pathologie et abandon chez les adolescents suicidaires se sont limitées au diagnostic à l'axe I et sans considérer le TPL comme un élément potentiellement contributif. Finalement, la chronicité de la psychopathologie chez les adolescents suicidaires, ne serait pas associée à l'adhésion au traitement pour certains (Spirito, Boergers, Donaldson, Bishop, & Lewander, 2002), tandis qu'au contraire d'autres concluent que les jeunes plus sévèrement atteints sont plus fidèles à leur rendez-vous (Rotheram-Borus et al., 1999).

2.3.4.3 Types de conduites suicidaires

Plusieurs études ont vérifié si le type de conduites suicidaires différencie les décrocheurs de ceux qui complètent le traitement. Alors que Trautman (1993) et Halaby (2004) n'ont trouvé aucune association significative entre les tentatives suicidaires antérieures et l'abandon du traitement, l'étude de Spirito (1994) suggère qu'il y a moins d'abandons lorsque les jeunes consultent après une récurrence. Litt (1983) démontre au contraire que l'abandon est plus fréquent dans ce cas.

Par ailleurs, Pelkonen (2000) a mis en évidence des schémas d'abandon différents en distinguant les jeunes admis avec idéations suicidaires uniquement de ceux qui avaient fait une tentative. Ils ont trouvé plus d'abandons immédiatement après l'évaluation chez les jeunes qui présentaient des idées suicidaires sans avoir posé de gestes ainsi qu'une tendance à cesser plus hâtivement le traitement (après 1 ou 2 séances). En contrepartie, les adolescents qui avaient fait une tentative étaient plus nombreux dans le groupe des sujets qui avaient cessé le traitement plus tard. Dans le même sens, les adolescentes qui présentent le plus d'idées suicidaires

actives ont davantage adhéré au programme d'intervention spécialisé à l'urgence de l'équipe de Rotheram-Borus, Piacentini, Van Rossem, Graae, Cantwell, Castro-Blanco, Miller et al. (1996).

2.5 Conclusion

En conclusion, les recherches portant sur l'abandon des traitements psychosociaux réalisées à ce jour ont pour la plupart visé à le prédire à partir de mesures de différentes dimensions objectives (diagnostic, SSE, psychopathologie, source de référence, etc.). Cependant, les divergences des résultats rapportés ne permettent pas d'en tirer de conclusions définitives, particulièrement en ce qui concerne l'adolescent suicidaire. Plus spécifiquement, pour les décrocheurs qui présentent en plus un TPL, les données disponibles apparaissent actuellement nettement insuffisantes pour conclure.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce peu de convergence des résultats entre les études: 1) les méthodes utilisées pour étudier ce phénomène, 2) la diversité des populations évaluées et des contextes cliniques, 3) l'utilisation de définitions opérationnelles hétérogènes des variables indépendantes et 4) les différentes conceptualisations de l'abandon retenues d'une étude à l'autre. De plus, le choix des variables a été déterminé le plus souvent par la facilité d'obtenir certaines données plutôt que d'autres (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997), sur l'intuition clinique, en s'appuyant sur les résultats d'études antérieures, et rarement sur la base d'un modèle théorique. Quelques convergences peuvent toutefois se dégager de ces recherches et orienter l'étude de l'abandon de l'adolescent avec TPL.

L'absence d'association entre les variables démographiques a été démontrée d'une manière assez constante. Du côté de la psychopathologie, les troubles externalisés et l'abus de substance semblent augmenter le risque d'abandon. La sévérité de la pathologie aurait aussi tendance à favoriser l'abandon (Armbruster & Fallon, 1994; Dierker et al., 2001; Halaby, 2004; Kazdin & Mazurick, 1994; Sales, 2003) sauf pour la dépression. Les jeunes qui présentent uniquement des idées suicidaires abandonneraient plus rapidement leur traitement que ceux qui ont fait

une tentative. Ces caractéristiques se retrouvent fréquemment chez les adolescents avec TPL. Leur impact sur l'abandon de traitement de ces jeunes n'a toutefois pas été vérifié. L'association entre l'abandon et certaines dimensions de cette psychopathologie, comme l'impulsivité et l'hostilité ont par contre été trouvées chez l'adulte. En ce qui concerne les déterminants objectifs liés aux parents et au processus de soins, les résultats apparaissent trop disparates pour permettre de conclure de façon définitive.

Cependant, différentes avenues n'ont pas encore été suffisamment explorées, notamment le rôle des perceptions du traitement des adolescents et des parents. En effet, bien que le fait de cesser un traitement relève d'un processus décisionnel, quelques études à peine ont recueilli des données sur l'expérience subjective du traitement des adolescents, des parents ou des soignants. Les résultats convergent notamment vers l'importance des perceptions du parent. Un petit nombre d'études réalisées auprès d'adultes présentant un TPL ont quant à elles trouvé des liens entre la sensibilité au dispositif de soins de ces patients et leur abandon. Bien que celles-ci se soient limitées à en faire des analyses descriptives, leurs résultats soutiennent la pertinence d'examiner le phénomène de l'abandon du traitement sous l'angle de ses dimensions subjectives.

Cette recension des écrits suggère également qu'un très grand nombre de variables seraient vraisemblablement impliquées dans l'abandon de traitement des adolescents avec TPL et que celles-ci appartiennent à trois sous-systèmes: l'adolescent, le parent et le dispositif de soins. La section qui suit présente une revue de différents référents théoriques jugés utiles pour appréhender les aspects dynamiques et systémiques de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL.

2.6 Objectif de l'étude et question de recherche

2.6.1 Objectif de l'étude

Cette étude vise à comprendre les processus qui conduisent l'adolescent avec TPL et leurs parents à prendre la décision d'abandonner le traitement.

2.6.2 Questions de recherche

Pourrait-on mieux comprendre pourquoi et comment ces jeunes cessent leur suivi? C'est essentiellement la question à laquelle ce projet de recherche tente de répondre. Les questions suivantes y sont plus spécifiquement explorées.

1. Comment les particularités cliniques de l'adolescent avec TPL modulent-elles le processus d'abandon du traitement ?
2. De quelles manières la participation du parent à la démarche de traitement de l'adolescent avec TPL module-t-elle le processus d'abandon du traitement?
3. Comment les soignants modulent-ils les interventions auprès de l'adolescent avec TPL lorsque survient le risque d'un abandon de traitement?
4. Comment les soignants modulent-ils les interventions auprès des parents lorsque survient le risque d'un abandon de traitement?
5. Le dispositif de soins (processus de prise en charge, fréquence des rencontres, etc.) influence-t-il la décision de l'adolescent avec TPL d'abandonner son traitement?

CHAPITRE 3 : CADRE THÉORIQUE

La recension des écrits présentée au chapitre précédent a conduit à identifier l'objectif de la recherche et à préciser les questions auxquelles elle tente de répondre. Avant de présenter le cadre méthodologique, les définitions des concepts d'engagement et d'abandon doivent d'abord être précisées. La première partie de ce chapitre aborde donc l'engagement. Elle cerne ce concept dans son sens plus général puis en précise les particularités pour les adolescents. L'engagement au traitement plus spécifiquement est ensuite discuté. Puis, des clarifications sur les différentes définitions de l'abandon du traitement utilisées en recherche sont apportées.

3.1 Le concept d'engagement

Le concept d'engagement peut prendre un sens différent selon le domaine où il est employé et le point de vue choisi. Dans son sens général, l'engagement se définit comme un acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se lie (Larousse). Cette définition sous-entend que l'engagement comporte une relation avec un tiers. Pour Nakamura (2001), il constitue plutôt une expérience subjective entre soi et le monde extérieur. De plus, cette relation au monde doit nécessairement être significative et prenante. Ainsi, l'engagement vis-à-vis une cause, une personne ou dans une activité requiert qu'il ait du sens pour la personne. Elle ajoute qu'il est plus soutenu lorsqu'il n'est pas déterminé par les pulsions, les pressions sociales ou d'autres exigences externes. L'engagement est donc porté par une motivation intrinsèque, mais il peut aussi être déterminé par des contingences externes à la personne. Cette conception de l'engagement rejoint notamment celle proposée par la théorie de l'autodétermination⁴ (Ryan & Deci, 2000). Selon cette théorie, l'engagement sera plus fragile s'il s'appuie sur des contingences externes à la personne et le plus fort lorsqu'il est entièrement déterminé par une régulation interne de la motivation. L'engagement dans une activité demande qu'elle soit, non seulement significative et

4 Traduction libre de *Self-determination theory*

plaisante, mais aussi que ses buts soient internalisés par la personne qui s'y engage. Elle suggère que le niveau d'engagement se décline sur un continuum selon l'intensité avec laquelle la personne s'identifie, internalise et intègre les objectifs de l'activité.

Nakamura ajoute que la personne engagée est absorbée par ce qu'elle fait. Son attention est soutenue et son énergie est canalisée dans une direction particulière. Elle distingue l'engagement de l'état subjectif d'être dans le « flow » décrit par Csikszentmihalyi (1991), qui est quant à lui transitoire. Ainsi, l'engagement n'est pas ponctuel, il doit aussi se maintenir dans le temps. Il s'agit aussi d'un processus évolutif. Lorsqu'une personne s'engage, ses actions se teintent graduellement d'attitudes qui reflètent l'importance qu'elle accorde à son engagement.

Le concept d'engagement englobe donc des dimensions de subjectivité, de relation à soi et à l'autre, de processus, de participation à une activité significative et finalement de durée.

L'engagement chez l'adolescent comporte-t-il des particularités singulières par rapport à celui décrit plus haut chez l'adulte? Certaines dimensions de leur engagement seraient superposables à celle de l'adulte. La notion de participation soutenue et le fait que l'attention soit complètement monopolisée par la tâche ont notamment été associée l'engagement des jeunes dans les loisirs et les activités communautaires (Dawes & Larson, 2010; Pancer, Rose-Krasnor, & Loiselle, 2002; Ramey, Busseri, Khanna, Hamilton, Ottawa, & Rose-Krasnor, 2010; Rose-Krasnor, 2009). Les enjeux tels se préparer pour le futur, développer ses compétences et poursuivre ses aspirations se révèlent des moteurs particulièrement significatifs de l'engagement de l'adolescent dans ce type d'activités. Faisant aussi référence au concept de flow, Ramsey (2010) souligne que l'engagement de l'adolescent requiert que le défi proposé concorde avec ses capacités. Celui-ci ne se mobilisera pas si la tâche est trop facile ou au contraire trop ardue.

Considérant le développement psychologique de l'adolescent, les objectifs à court et long terme, la confiance en soi, les croyances et les valeurs personnelles sur lesquelles se fonde la motivation interne ne sont souvent pas encore consolidées. À la différence de l'adulte, l'engagement de l'adolescent pourrait donc s'ancrer moins facilement sur les assises d'une motivation intrinsèque. Selon Dawes & Larson (2010), celui-ci se développe plutôt graduellement à mesure que l'adolescent internalise ses objectifs personnels et qu'il les assimile aux visées propres de l'activité. Les motivations externes comme les attentes des parents ou la pression des pairs ne sont donc pas des empêchements au développement d'un engagement plus profond. Au contraire, elles soutiennent initialement l'engagement avant que celui-ci puisse s'appuyer sur les motivations propres de l'adolescent.

L'engagement de l'adolescent comporte donc aussi ces notions de participation à une activité significative et prenante et de processus évolutif marqué de subjectivité.

3.2 L'engagement au traitement

Bien qu'utilisés couramment, les concepts d'engagement et de désengagement sont rarement définis explicitement dans la littérature sur l'utilisation de services de santé mentale. Il n'y a actuellement pas de consensus sur une définition de l'engagement spécifique au contexte thérapeutique. La complexité de ces phénomènes et le fait qu'il ne s'agit pas d'entités discrètes dichotomiques ont été évoqués pour expliquer ce manque (Nock & Ferriter, 2005; O'Brien, Fahmy, & Singh, 2009; Schley, Yuen, Fletcher, & Radovini, 2012). Les termes : adhésion au traitement, assiduité, présence au rendez-vous, observance à la médication, alliance thérapeutique et résistances sont ainsi utilisés de façon interchangeable et parfois sans distinctions pour faire référence à l'engagement au traitement (Nock & Ferriter, 2005; Schley et al., 2012).

À défaut d'une définition claire et consensuelle, la présence au rendez-vous a généralement fait office d'opérationnalisation de l'engagement au traitement dans les recherches sur l'abandon en pédopsychiatrie (Granboulan et al., 2001; Halaby,

2004; Kazdin & Mazurick, 1994; Lazaratou et al., 2000; Pelkonen et al., 2000; Taylor & Stansfeld, 1984; Viale-Val et al., 1984). L'assiduité ne constitue pourtant pas un gage très valide de l'engagement. Certains patients continuent de se présenter aux rendez-vous régulièrement malgré qu'ils soient en désaccord avec la démarche thérapeutique ou encore, sceptiques par rapport à sa pertinence. Chez d'autres, la régularité des présences est motivée par l'intérêt de la rencontre avec le soignant, sans pour autant que la démarche de changement soit investie. D'autres encore se présentent parce qu'ils y sont contraints.

Quelques auteurs ont circonscrit l'engagement des enfants et des parents à la phase délimitée par la demande d'aide jusqu'à l'obtention de services (Laitinen-Krispijn, Van der Ende, Wierdsma, & Verhulst, 1999; Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2003; Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, van der Ende, & Verhulst, 2003). Ce processus débute au moment où le problème est reconnu par le parent, se poursuit avec la recherche de services et se finalise par l'obtention d'un suivi pour l'enfant. Mowbray, Cohen & Bybee (1993) proposent pour leur part que chez l'adulte, l'engagement est un prérequis pour les autres étapes tels la persuasion, le traitement en tant que tel et la prévention des rechutes. Il est certes nécessaire qu'un certain niveau d'engagement soit présent pour débiter un traitement. Cependant, l'engagement du début constituerait davantage une promesse qu'une adhésion véritable (Liddle, 1995).

D'autres englobent la demande d'aide et l'amorce du traitement dans leur conception de l'engagement au traitement. Dixon, Krauss, Kernan, Lehman & DeForge (1995) par exemple cernent une phase d'engagement en début de traitement sans toutefois le situer dans un processus à long terme ou en évolution tout au court du suivi. Cette phase correspond au développement de la relation de confiance avec le soignant. L'engagement est effectif lorsque le patient peut identifier le clinicien ou le programme lui offrant des services. O'Brien, Fahmy & Singh (2009) définissent l'engagement à partir de processus plus spécifiques au début du traitement. Ils considèrent la reconnaissance du besoin d'aide, la création d'une alliance thérapeutique avec les soignants, la satisfaction de l'aide reçue

antérieurement et une entente mutuelle sur des objectifs comme les composantes essentielles de l'engagement au traitement.

D'autres s'appuient essentiellement sur la relation entre le soignant et le patient et amalgament alliance thérapeutique et engagement (Oetzel & Scherer, 2003; Santisteban, Muir, Mena, & Mitrani, 2003). L'engagement thérapeutique dans ce cas est défini comme une relation de réciprocité où patient et thérapeute partagent la responsabilité de maintenir les conditions nécessaires à un travail efficace. La dimension contractuelle est centrale dans cette conception de l'engagement.

Finalement, d'autres englobent aussi ce qui se produit à l'intérieur et entre les rencontres tout au long du processus (Gearing et al., 2012; Hall, 2001; Liddle, 1995; Morrissey-Kane & Prinz, 1999). L'engagement est aussi assimilé à l'adhésion au traitement par le maintien des contacts avec les services, la collaboration et l'ouverture à aborder les problèmes (Hall, 2001).

L'engagement au traitement est un état d'esprit qui se traduit toutefois par des comportements et des attitudes observables. Hall et son équipe (2001) ont développé un outil pour quantifier l'engagement au traitement d'adultes recevant des services de santé mentale. Il est constitué d'indicateurs de l'engagement qui correspondent à des manifestations observables une fois le traitement amorcé. Six sphères de l'engagement y sont mesurées à partir d'énoncés décrivant les comportements du patient. Il s'agit de 1) l'assiduité au rendez-vous, 2) la qualité de l'interaction avec le soignant, 3) l'ouverture pour discuter des émotions, des problèmes et des symptômes, 4) la perception de l'utilité du traitement, 5) la collaboration au traitement et 6) la fidélité à la prise de la médication. Cette grille est complétée par le clinicien et permet d'obtenir un score sur le niveau d'engagement. Celle-ci a déjà été utilisée auprès d'adolescents suicidaires dans le cadre d'une étude évaluant l'effet de l'engagement sur l'efficacité du suivi intensif (Schley et al., 2012).

Deux étapes de l'engagement se dégagent plus particulièrement de la littérature portant sur les services de santé mentale aux jeunes : l'assiduité initiale

aux rendez-vous et l'engagement au long cours (McKay & Bannon, 2004). Plus particulièrement pour l'adolescent, l'assiduité aux rencontres, la participation active et collaborative pendant les entretiens, le respect des tâches à domicile et l'adhésion au traitement pharmacologique sont les indicateurs mis en évidence dans la littérature (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Malgré la diversité des points de vue sur les façons d'appréhender l'engagement, un grand nombre d'auteurs s'entendent toutefois pour considérer que l'engagement au traitement est un processus (Almqvist, 2007; Dixon et al., 1995; Kazdin, Holland, Crowley, et al., 1997; McKay & Bannon, 2004; Mowbray et al., 1993). Celui-ci ne prend pas fin avec l'actualisation de l'alliance thérapeutique. L'engagement se développe plutôt d'une façon continue, et prend différentes formes en fonction de chaque phase du traitement. Conformément avec ce qui a été décrit de l'engagement des adolescents dans les activités communautaires il est possible que leur engagement au traitement comporte aussi l'internalisation graduelle d'objectifs personnels en correspondance avec ceux du traitement. Ainsi, certains jeunes amorceront leur suivi avec une motivation intrinsèque déjà présente tandis que l'engagement de d'autres s'appuiera au départ sur celle des parents. Prendre la mesure de l'engagement des adolescents ne devrait donc pas faire l'économie de considérer également celui du parent, particulièrement dans les phases initiales du traitement.

3.3 Définitions de l'abandon du traitement

Cette section discute des différentes définitions de l'abandon de traitement utilisé en recherche dans l'objectif de préciser comment il sera opérationnalisé dans cette étude. En effet, ce domaine de la recherche est vaste et plusieurs définitions de l'abandon du traitement ont été employées. Cette absence d'uniformité a souvent été évoquée pour expliquer la difficulté à obtenir des conclusions fermes (Abella & Manzano, 2000; Fiester, Mahrer, Giambra, & Ormiston, 1974; Kazdin, 1996; Pekarik, 1985). Une méta-analyse de 125 études portant sur l'arrêt prématuré de la psychothérapie montre en effet que les taux d'abandon ne sont que très faiblement

associés à la plupart des variables examinées, mais varient par ailleurs significativement en fonction de la définition opérationnelle de l'abandon (Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Trois façons différentes de définir l'abandon de traitement en recherche ont été recensées par ces auteurs. La première méthode consiste à inclure tous les patients qui ne se présentent pas à un rendez-vous. Wierzbicki & Pekarik (1993) ont ainsi pu démontrer que les taux d'abandon obtenus par les études qui utilisaient cette définition étaient beaucoup plus bas. En effet, ces dernières incluent uniquement les patients qui ont pris rendez-vous sans s'y présenter et excluent les patients qui mettent fin au suivi en refusant un nouveau rendez-vous. Bien qu'elle conduise à l'obtention d'estimations plus conservatrices des taux d'abandon, cette méthode, présente en contrepartie la vertu d'une très grande fidélité. À la différence de la première, la seconde méthode d'opérationnalisation de l'abandon requiert obligatoirement une participation au traitement. Pour être considéré comme décrocheur, le patient doit cesser le traitement après s'être présenté à un certain nombre de séances ou après une durée de traitement prédéfini par les chercheurs. Les patients qui ne se présentent pas au-delà des entretiens d'évaluation sont donc exclus dans ce cas de figure. Selon cette méta-analyse, la majorité des études ont distingué les décrocheurs des persévérants en utilisant les critères de durée en traitement selon cette deuxième définition. Cependant, le seuil pour déterminer l'abandon varie d'une recherche à l'autre et certains argumentent que l'arrêt du traitement peut, en fait, survenir après n'importe quel nombre de séances (Fiester et al., 1974; Pekarik, 1985; Sledge, Moras, Hartley, & Levine, 1990).

La troisième méthode utilisée consiste à s'appuyer sur l'opinion du soignant pour juger si l'arrêt du traitement est prématuré. Une définition basée sur des critères de durée doit donc être considérée comme conceptuellement différente d'une définition basée sur le critère du jugement du thérapeute qui statue sur l'arrêt du traitement en tant que situation clinique. La définition de l'abandon basée sur le jugement du thérapeute présente l'avantage d'une plus grande validité que les autres avenues. En effet, la décision d'un patient ou d'un parent de mettre fin au suivi peut

être jugée appropriée par le thérapeute et ne pas constituer un véritable abandon. Ils ajoutent cependant que cette définition comporte, en revanche, une moins grande fidélité; les thérapeutes peuvent en effet utiliser des critères différents pour juger de l'à-propos de l'arrêt du traitement. Cette faiblesse peut toutefois être amenuisée par l'obtention d'un consensus obtenu à partir de l'opinion de plusieurs cliniciens impliqués dans le traitement d'un jeune. Le travail multidisciplinaire qui prévaut généralement dans les services de pédopsychiatrie constitue un contexte où cette méthode est facilement applicable.

Les concepts d'engagement et d'abandon de traitement ayant été circonscrits, le cadre méthodologique peut maintenant être précisé. Celui-ci est présenté au chapitre suivant.

CHAPITRE 4 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre présente le cadre méthodologique de cette recherche. Une première partie traite de la position épistémologique dans laquelle elle s'inscrit. Les stratégies méthodologiques retenues sont ensuite exposées dans la deuxième section. Celle-ci présente successivement la méthode et le devis, les stratégies d'échantillonnage, le déroulement du recrutement et de la collecte de données et les stratégies d'analyse. Ce chapitre comporte aussi une troisième section traitant des critères de scientificité et des stratégies retenus pour y répondre. Finalement, la dernière section aborde les considérations éthiques de cette étude.

4.1 Position épistémologique

4.1.1 Démarche d'élaboration

Comme cela a été souligné précédemment, la grande majorité des études recensées a vérifié l'association entre diverses variables et l'arrêt prématuré du traitement par le biais d'une démarche hypothético-déductive. Par contre, cette approche pour développer de nouvelles connaissances n'a pas permis d'obtenir de conclusions satisfaisantes pour bien comprendre tous les enjeux de cette problématique clinique. Cette situation pourrait constituer les symptômes de ce que Kuhn (1990) désigne comme « *la tension essentielle* ». Cette phase du développement des connaissances survient lorsqu'un grand nombre de situations ne confirme pas la théorie testée lors des activités normales de recherche. Selon cet auteur, la tension ainsi créée pousse les activités scientifiques vers de nouveaux paradigmes afin d'appréhender une question d'une manière nouvelle. Il s'agit d'une étape où une communauté scientifique abandonne un cadre usuel de l'activité scientifique, pour adopter une nouvelle approche d'un problème. C'est à ce moment que les stratégies de recherche vont se détourner de la vérification et favoriser l'élaboration théorique afin de faire émerger une conceptualisation mieux adaptée à la résolution du problème.

Ainsi, en raison du peu de conclusions fermes concernant les déterminants associés à l'abandon, du manque de données précises sur l'abandon de l'adolescent

avec TPL, et en l'absence de modèles conceptuels satisfaisants pour comprendre les processus de désengagement au traitement, la présente étude s'est donc détournée du contexte de recherches de vérification pour s'orienter vers celui de l'élaboration théorique.

L'élaboration théorique procède principalement par induction. Cette dernière consiste à recueillir des données par l'observation et à en dégager des lois générales. Toutefois, le fait que les prémices d'une inférence inductive soient vraies ne garantit pas que la conclusion soit vraie. Le fait que "n" observations soient vraies ne donnent jamais la certitude que l'observation "n+1" sera aussi vraie. La difficulté de l'induction à pouvoir se justifier a traditionnellement été désignée comme « le problème de l'induction » (Chalmers, 1988).

En réponse au problème de l'induction, Popper (1985) propose de mettre l'accent sur la mise à l'épreuve des théories. Selon lui, les scientifiques doivent s'efforcer de démontrer que les théories sont fausses en les confrontant à l'épreuve des observations empiriques les plus susceptibles d'entraîner leur réfutation. En effet, l'accumulation de preuves (où une et même un grand nombre d'observations corroborent l'hypothèse ou la théorie) ne permet jamais de certitude absolue sur la théorie. Cette démarche permet au mieux de prétendre à la probabilité que cette dernière soit vraie (à 0.001 par exemple). En contrepartie, la falsification donnerait la possibilité d'obtenir une conclusion irréfutable puisqu'une seule observation discordante avec les prédictions de la théorie suffit à la réfuter.

Popper ajoute que c'est par conjectures et réfutations que les nouvelles théories remplacent les plus anciennes. Selon lui, une théorie sera meilleure qu'une autre (non pas plus vraie) si elle résiste à la falsification, et tant qu'elle y résiste. Ces mouvements de conjectures (élaboration d'hypothèses) et de réfutation (falsification des hypothèses par leur confrontation à des cas extrêmes, déviants ou contraires) ont donc été intégrés dans la démarche d'élaboration théorique privilégiée pour cette étude.

L'élaboration théorique se distingue aussi de la vérification du fait qu'elle ne limite pas le regard du chercheur à l'examen d'hypothèses portant sur l'interaction

entre un nombre limité de variables définies avant le début de la recherche. En conséquence, aucune variable et aucune hypothèse ne sont précisées à priori. L'élaboration théorique consiste plutôt à formuler des hypothèses à partir d'observations empiriques au fur et à mesure de l'avancement de la recherche. Ce processus nécessite que le chercheur fasse appel à de multiples sources d'évidence. Afin de favoriser ce processus inductif, celui-ci doit mettre à profit sa sensibilité théorique, c'est-à-dire qu'il s'inspirera du plus grand nombre de connaissances déjà disponibles (Glaser, 1978; Strauss & Corbin, 1990). Pour ce faire, notre sensibilité théorique au phénomène de l'abandon de traitement s'est étayée sur le plus grand nombre de données déjà disponibles, sur nos connaissances sur les processus de soins et également sur notre expérience clinique auprès de cette clientèle au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Le résultat d'une démarche d'élaboration est une théorie explicative d'un phénomène, validée par les données empiriques. Celle-ci peut être substantive ou formelle (Glaser & Strauss, 1967). Une théorie substantive se rapporte à un phénomène particulier dans un contexte donné tandis qu'une théorie formelle propose un cadre explicatif plus général d'un phénomène. Dans le cas particulier de cette recherche, il s'agissait de découvrir les processus impliqués dans l'abandon de traitement des adolescents avec TPL dans un contexte de soins spécialisés en milieu hospitalier urbain québécois et d'élaborer un modèle conceptuel explicatif de ce phénomène. Le résultat est donc une proposition théorique de nature substantive.

L'opérationnalisation des méthodes d'investigation qui correspondent à l'élaboration théorique et à la falsification sera décrite dans la section sur les stratégies méthodologiques.

4.1.2 Position ontologique constructiviste

Les études recensées ont pour la plupart adopté une position postpositiviste visant la production d'explications probabilistes et généralisables. Un aspect important de celle-ci est qu'il existe une réalité indépendante de celui qui l'observe. Cela suppose que cette réalité sera la même, qu'elle soit mise sous observation ou non, qu'elle sera constante, indépendamment qu'elle soit observée par l'observateur

"x" ou "y", et qu'elle sera la même quel que soit le moment où on l'observe. Conséquemment, l'exigence de contrôler les variables a donc obligé les chercheurs à considérer que les déterminants de l'abandon ne varient pas selon le participant interrogé, ainsi que le moment et le contexte où les données sont recueillies.

La nature unique de la réalité de cette position ontologique exclut ainsi que plusieurs constructions ou théories d'un phénomène puissent être élaborées. En revanche, une position constructiviste propose que la réalité serait dynamique, contextuelle et socialement construite (Guba & Lincoln, 2004). Afin d'appréhender le caractère subjectif de l'abandon du traitement, cette recherche a donc dû se démarquer des études précédentes par sa position ontologique. Cette conception apparaît particulièrement féconde pour comprendre les processus qui conduisent les adolescents et les parents à décider de cesser le traitement. Elle admet en effet que chacun des acteurs impliqués élabore sa propre explication de l'événement à partir de son expérience subjective singulière. De plus, dans cette optique sur la nature de la réalité, chaque point de vue est considéré comme une représentation valide du processus d'abandon et conséquemment utile pour le comprendre.

Cette position constructiviste sous-tend que la décision de cesser un traitement se fonde sur les perceptions des adolescents et des parents plutôt que sur le traitement réel, quel qu'il soit objectivement. De même, il est admis que les réponses des soignants devant un abandon éminent sont déterminées par leur propre théorie sur les comportements des adolescents et des parents, indépendamment de la validité objective de leur hypothèse.

Les récits des adolescents, de leur parent et des soignants sur l'expérience du traitement correspondent donc à leur interprétation du contexte des soins et non pas à sa réalité objective. Nous avons recueilli ces données sans rechercher la véracité des circonstances entourant l'abandon. L'objectif poursuivi était de connaître la vérité constituée par chacun des informateurs et de comprendre comment leurs interprétations ont conduit à l'abandon du traitement.

Il en va de même pour la subjectivité du chercheur qui elle influence le processus d'élaboration théorique. Les théories de la perception ont montré que

l'intentionnalité de l'observateur détermine de façon importante ce qui sera perçu par celui-ci. Chalmers (1988) souligne de quelle façon la théorie précède l'observation. Le fait que le chercheur discrimine les observations et qu'il détermine que certaines sont plus pertinentes que d'autres montre comment celui-ci a préalablement orienté ses observations en fonction de critères déterminés antérieurement à l'observation.

Ainsi, dans une position constructiviste, il est reconnu que la subjectivité du chercheur influence ses observations, ses analyses et ses conclusions. Dans cette perspective, nous ne pouvons pas nous considérer comme totalement objective et neutre dans ce processus de recherche. Ainsi, à titre de clinicienne œuvrant auprès de la clientèle des adolescents avec TPL, nous ne prétendons nous être dégagée de nos propres valeurs, de nos connaissances et de nos expériences.

Le produit d'une recherche d'élaboration dans une position constructiviste de la réalité doit être considéré comme une hypothèse, une construction du chercheur. La proposition théorique découlant de cette recherche représente par conséquent notre interprétation du phénomène de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL.

Pour finir, le pari était d'arriver, par cette voie, à une théorie substantive portant sur l'instabilité du mode de consultation des adolescents avec TPL, non pas probable, mais utile pour ce contexte. Cette démarche scientifique avait donc une visée pragmatique.

Cette discussion sur le cadre épistémologique permet maintenant de préciser les stratégies méthodologiques retenues pour la présente recherche.

4.2 Stratégies méthodologiques

4.2.1 Approche méthodologique et devis

Afin de répondre aux questions de cette recherche et d'appréhender le caractère subjectif de l'expérience du traitement des différents acteurs impliqués, une méthode de théorisation ancrée (*Grounded theory*) constructiviste a été privilégiée (Charmaz, 2006; Glaser & Strauss, 1967). S'appliquant à l'étude de phénomènes relevant de processus, la théorisation ancrée conduit à l'élaboration d'une théorisation

validée par les données empiriques (Glaser & Strauss, 1967). La théorisation ancrée constructiviste, plus précisément, se distingue de la théorisation ancrée objectiviste en ce qu'elle se situe résolument dans la tradition interprétative (Charmaz, 2006). Ceci implique que le chercheur effectue un processus réflexif sur ses interprétations et celles des participants. Les analyses ont donc porté sur le sens qu'ont donné les informateurs à leur expérience des soins et particulièrement à leur interprétation de l'abandon du traitement.

Un devis de recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués a également été retenu. La recherche synthétique examine l'ensemble des relations entre plusieurs variables dépendantes et indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes. Elle se prête particulièrement à l'étude de phénomènes complexes qu'elle aborde dans une perspective systémique (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 2005). Il est important de souligner que dans cette étude, c'est l'abandon de traitement d'un adolescent qui constitue un cas et non pas l'adolescent lui-même. Ce sont donc toutes les circonstances qui entourent l'abandon qui sont l'objet d'analyse.

L'analyse imbriquée permet quant à elle d'examiner un phénomène à partir de plusieurs unités d'analyse (Pope & Mays, 2006; Yin, 2007). La recension des écrits sur l'abandon de traitement en pédopsychiatrie suggère qu'un très grand nombre de variables appartenant à différents sous-systèmes seraient impliquées. Afin de donner plus de profondeur à la compréhension de l'abandon de traitement, trois sous-systèmes distincts ont donc été analysés en utilisant cette stratégie. Ces trois niveaux d'analyse adoptés sont : 1) l'adolescent, 2) les parents et 3) le dispositif de soin (Figure 1). Afin de documenter les cas d'abandon, trois groupes d'informateurs (adolescents, parent, soignants impliqués dans le suivi) ont été recrutés pour prendre part à des entrevues semi-structurées.

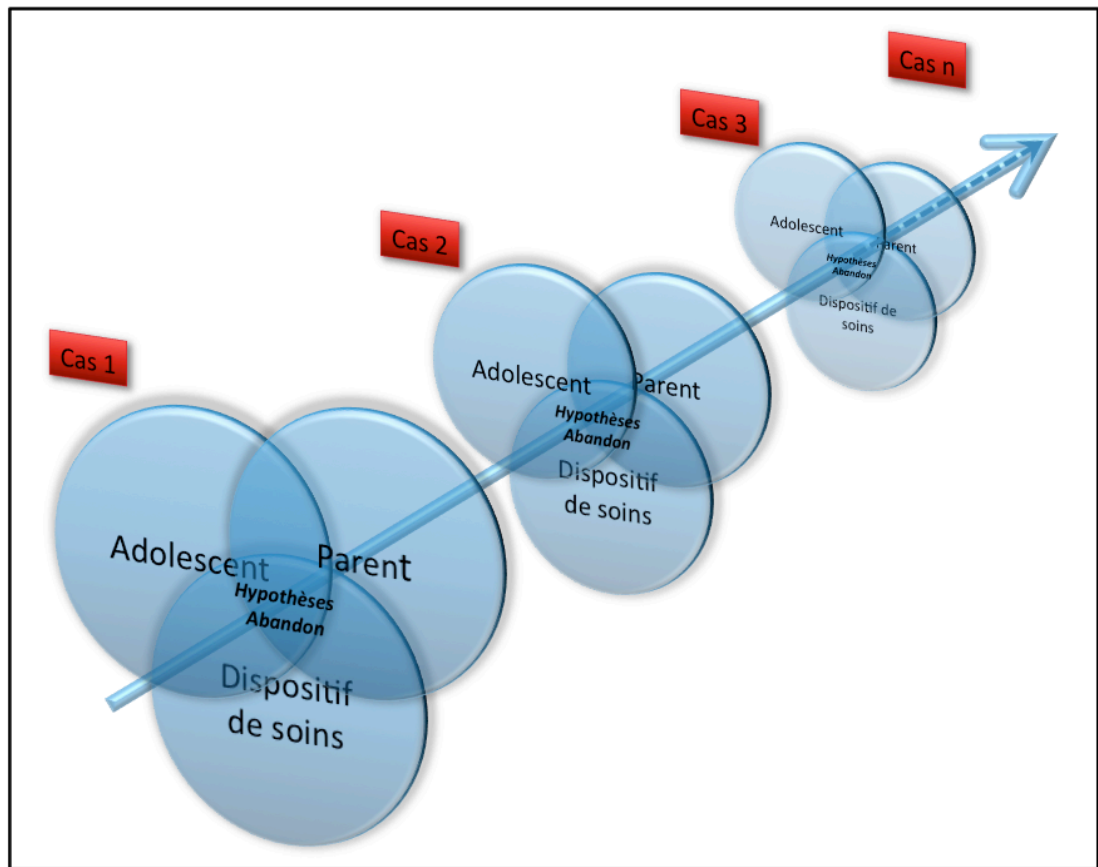


Figure 1 : Devis d'étude synthétique de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués

4.2.2. Milieu de recherche

L'étude s'est déroulée à l'hôpital Rivière-des-Prairies, centre pédopsychiatrique affilié à l'Université de Montréal. Ce milieu a été choisi étant donné que plusieurs cliniques de cette institution reçoivent des adolescents avec TPL. Bien que l'intention initiale était de recruter dans toutes les cliniques de cet hôpital, tous les cas de l'étude proviennent de la Clinique des troubles de l'humeur (CTH). Celle-ci est composée d'une équipe multidisciplinaire de professionnels (pédopsychiatre, psychologue, travailleur social, ergothérapeute, kinésologue et infirmière) offrant des soins spécialisés. Cette clinique évalue et traite depuis 2005 des enfants et des adolescents qui présentent des conduites suicidaires. Parmi les adolescents qui y sont inscrits, 50 % souffrent d'un trouble de personnalité limite en plus d'un trouble de l'humeur (Breton et al., 2007).

Comme tous les adolescents référés à la CTH, les adolescents avec TPL sont d'abord évalués selon un protocole standardisé d'évaluation multidisciplinaire avant de commencer le traitement. Ceux-ci, ainsi que leurs parents rencontrent les professionnels qui procèdent à leur évaluation par le biais d'un entretien clinique et de l'administration de divers tests⁵. Lorsqu'il est posé, le diagnostic de TPL est déterminé à partir de la méthode de *Best estimate* (Kosten & Rounsaville, 1992; Leckman, Sholomskas, Thompson, Belanger, & Weissman, 1982) plutôt que sur la base de seuils obtenus à un ou plusieurs tests (sept et plus au DIB-R par exemple). C'est donc à partir de l'ensemble des données recueillies par les professionnels en

⁵ Protocole d'évaluation standardisée

1. Examen psychiatrique
2. Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)
3. Questionnaire sur l'enfant et la famille
4. Questionnaire sur les habitudes de vie
5. Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R version adolescent)
6. Évaluation des événements de vie et de leur impact (Life Events Questionnaire - forme pour adolescents)
7. Évaluation du niveau de dépression (Beck Depression Inventory - II)
8. Évaluation du désespoir (Hopelessness Scale)
9. Évaluation des stratégies d'adaptation (Adolescent Coping Scale de Frydenberg)
10. Évaluation des raisons de vivre (Reasons for Living Inventory - forme pour adolescents)
11. Évaluation sociale

complémentarité à l'examen psychiatrique que le pédopsychiatre pose le diagnostic de TPL.

Les modalités de traitement offertes aux adolescents avec TPL suivis à la CTH sont la psychothérapie en rencontre individuelle et la pharmacothérapie au besoin. De plus, des rencontres de guidance parentale font également partie de la prise en charge standard de ces adolescents et sont proposées d'office aux parents ou représentants légaux qui partagent le quotidien de l'adolescent. Les modèles psychothérapeutiques utilisés sont la thérapie psychodynamique, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique pour adolescent (TCD-A). Dans le cadre de cette dernière, en plus des rencontres individuelles de psychothérapie, les adolescents peuvent aussi être intégrés dans un groupe d'entraînement aux compétences avec leurs parents et bénéficier d'un soutien téléphonique le soir et la fin de semaine.

4.2.3 Échantillonnage

4.2.3.1 Stratégie

En conformité avec la méthodologie de théorisation ancrée, les cas ont été sélectionnés selon une stratégie d'échantillonnage théorique. Dans un contexte d'élaboration théorique, constituer l'échantillonnage sur la base de la représentativité d'une population donnée n'est pas pertinent. Au contraire d'une attribution aléatoire, la démarche d'échantillonnage théorique est non probabiliste. Les cas sont plutôt choisis intentionnellement en fonction de leur intérêt sur le plan théorique (Brewer & Hunter, 2006). L'échantillonnage non probabiliste ne vise donc pas la généralisation. La démonstration à faire n'est pas de prouver que l'échantillon est représentatif, mais plutôt qu'il est pertinent sur le plan théorique et qu'il permet d'approfondir la compréhension d'un phénomène (Patton, 2002).

Un échantillon à variation maximale a été préféré afin d'optimiser l'utilité et la richesse de l'information. Ainsi, les cas d'abandon ont été choisis pour représenter la plus vaste gamme de scénarios d'arrêt prématuré de traitement possible. Ils ont été sélectionnés en fonction de leurs différences au niveau d'attributs théoriquement

pertinents pour approfondir la compréhension du phénomène de l'abandon de traitement chez l'adolescent avec un TPL (ceux-ci sont énumérés plus loin à la section 4.2.3.5).

De plus, en conformité avec la stratégie de falsification, certains cas ont aussi été choisis en fonction de leur potentiel à réfuter les hypothèses émergentes. Ainsi, lorsqu'une nouvelle hypothèse était formulée, un nouveau cas était recruté pour son potentiel à constituer un cas extrême, déviant ou contraire. Cette stratégie a ainsi permis de mettre à l'épreuve chaque nouvelle hypothèse de façon à produire plus rapidement une interprétation susceptible d'expliquer l'ensemble des données (Figure 2). L'échantillonnage s'est poursuivi jusqu'à saturation théorique. Celle-ci est atteinte lorsque le chercheur ne trouve plus d'informations supplémentaires pour enrichir la théorie. Par conséquent, il est impossible de savoir à priori le nombre de cas nécessaires (Thiétart, 2011).

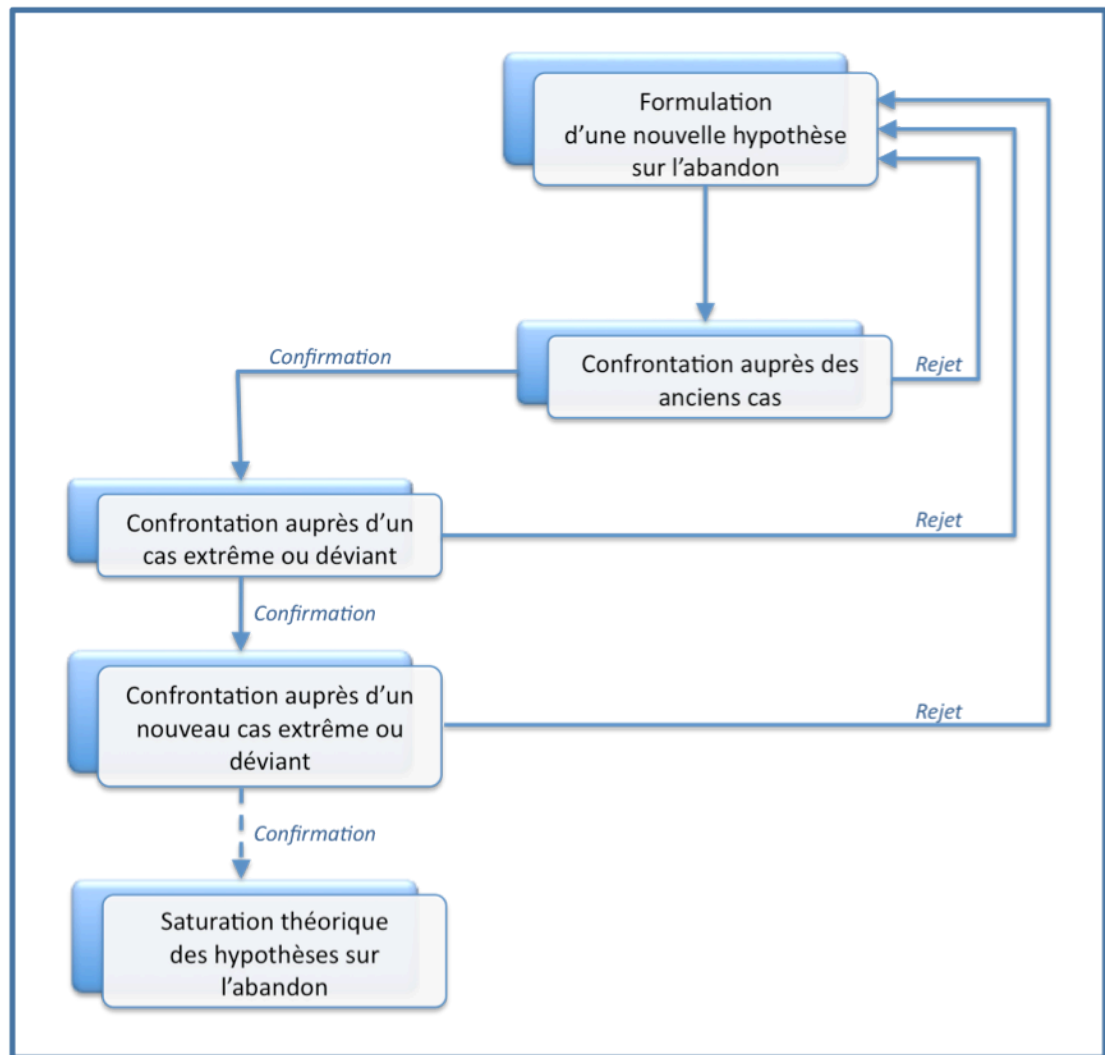


Figure 2: Démarche de falsification de l'étude

4.2.3.2. Critères d'inclusion

Outre les cas recrutés aux fins de la falsification (cas de traitement complété et cas d'adolescent ne présentant pas de TPL), pour être considérés dans l'étude, ceux-ci devaient concerner l'abandon d'un traitement par un adolescent avec TPL. Cet abandon devait avoir été précédé par un engagement au traitement. .

4.2.3.2.1 Engagement

Différents indicateurs ont servi à déterminer que l'adolescent et le parent s'étaient minimalement engagés dans le traitement à un moment ou à un autre avant de l'abandonner. Ceux-ci s'inspirent de la recension sur l'engagement au traitement

et de la mesure de l'engagement de Hall (2001). Donc, pour considérer que l'engagement de l'adolescent était présent avant l'abandon, celui-ci devait s'être présenté à plus d'une rencontre après l'évaluation multidisciplinaire. Un deuxième indicateur devait en plus être identifié par les soignants ou consigné au dossier médical : est proactif dans la planification des rendez-vous, verbalise ses attentes, ses buts, recherche l'interaction avec le soignant, participe activement aux échanges pendant les entretiens, manifeste qu'il comprend le traitement, témoigne qu'il parle du traitement à ses proches, accepte le traitement pharmacologique, utilise la médication tel que prescrit, discute des effets secondaires de la médication.

4.2.3.2.2 Abandon

L'adolescent devait aussi répondre aux critères d'un abandon de traitement effectif. La définition opérationnelle retenue pour cette étude est basée sur le jugement du soignant tel que décrit par Wierzbicki et coll. (1993). Un arrêt temporaire du traitement à la suite d'une entente entre l'adolescent, ses parents et l'équipe traitante n'était pas considéré comme une situation d'abandon.

Un abandon de traitement était établi lorsque les soignants impliqués dans le traitement de l'adolescent considéraient que les conditions suivantes étaient présentes :

1. L'adolescent exprimait explicitement qu'il ne souhaitait pas poursuivre le traitement ou cessait de se présenter à ses rendez-vous sans répondre aux relances.
2. Cette décision était unilatérale, et prise à l'encontre de l'opinion clinique du soignant principal et des autres cliniciens impliqués dans son suivi qui jugeaient que le traitement était encore nécessaire parce que l'adolescent présentait encore une symptomatologie importante interférant significativement avec le fonctionnement à la maison, à l'école ou au travail : risques suicidaires, autres comportements à risque (automutilation, abus de substance, sexualité à risque, fugue...), colère intense, perturbation des relations, impulsivité élevée.

4.2.3.2.3 Diagnostic et traitement

Pour être considéré comme un cas potentiel pour l'étude, le diagnostic de traits de personnalité limite devait avoir été posé par le pédopsychiatre traitant et clairement consigné au dossier médical. Comme tous les cas de l'étude proviennent de la CTH, le diagnostic de TPL a été obtenu à partir de la méthode décrite plus haut. Ce diagnostic devait aussi obligatoirement avoir été communiqué à l'adolescent et au parent ou à son représentant légal préalablement au recrutement.

Les adolescents devaient avoir obtenu le consentement d'un des parents pour participer. De même, l'adolescent devait accepter que le parent prenne part à l'étude. Le traitement abandonné devait inclure au minimum une proposition de thérapie individuelle pour l'adolescent et une intervention auprès des parents. Les soignants recrutés devaient avoir été impliqués activement dans les soins de l'adolescent.

4.2.3.3 Critères d'exclusion

Les jeunes présentant un retard mental, un trouble envahissant du développement, des symptômes psychotiques ont été exclus de la recherche.

4.2.3.4 Déroulement du recrutement

Le recrutement des cas s'est effectué selon le protocole suivant :

1. Entente de collaboration des chefs de service est obtenue (Annexe II) afin de permettre le recrutement dans leurs équipes.
2. Obtention du consentement du DSP pour la consultation des dossiers (Annexe III).
3. Rencontre des différentes équipes susceptibles de référer des cas d'abandon d'adolescents TPL afin de les informer des objectifs de l'étude et des critères d'inclusion et d'exclusion.
4. Lorsqu'un cas susceptible de répondre aux critères d'inclusion à l'étude est signalé par le médecin traitant ou le clinicien impliqué
 - a. Vérification de la conformité du cas avec les critères d'inclusion de la recherche par un échange avec le soignant, le médecin traitant et par la revue du dossier médical.

- b. Échange avec le médecin traitant pour s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication clinique à une participation à la recherche et obtention de son consentement pour contacter l'adolescent et le représentant légal de ce dernier.
- 5. Premier contact (téléphonique ou en personne) par une assistante de recherche avec le parent ou le représentant légal de l'adolescent. Celui-ci est informé de la tenue de la recherche et de ses objectifs (Annexe IV).
- 6. Le parent ou le représentant légal vérifie l'intérêt de l'adolescent pour être rencontré par une assistante de recherche afin d'être informé de l'étude et sollicité pour y participer.
- 7. Dans le cas d'un accord de l'adolescent et du parent ou du représentant légal, ceux-ci sont rencontrés par les assistantes de recherche. Les informations relatives à l'étude leur sont présentées. Les modalités liées au consentement et au retrait de l'étude sont décrites et expliquées en procédant à la lecture du formulaire de consentement avec l'adolescent et le parent ou le représentant légal.
- 8. Les informateurs (adolescents, parents, soignants) signent le formulaire de consentement.

4.2.3.5 Description des cas

Vingt cas répondant aux critères d'inclusion ont été portés à l'attention du chercheur (Figure 3). Parmi ceux-ci, huit n'ont pu être intégrés. Six cas concernent des adolescents ayant refusé qu'eux-mêmes et que leurs parents participent à l'étude. Deux autres cas avaient donné leur accord pour que la recherche leur soit présentée, mais n'ont pas donné suite aux appels pour poursuivre le processus de recrutement malgré plusieurs relances de l'assistante de recherche.

Douze cas provenant tous de la même clinique ont donc été retenus. De ce nombre, neuf se sont soldés par l'abandon d'un adolescent avec TPL. Dans le cadre de la stratégie de falsification, deux cas de traitement complétés d'adolescents avec TPL (cas 7 et 11) et un cas d'abandon chez un adolescent déprimé sans TPL, mais

néanmoins suicidaire (cas 12) ont également été inclus dans l'étude. De plus, les cas 1 et 2 réfèrent à deux épisodes de soins distincts du même adolescent.

Pour constituer l'échantillonnage théorique à variation maximale, les douze cas analysés ont été choisis en fonction des différences qu'ils présentaient au niveau d'attributs pertinents pour approfondir la compréhension du phénomène de l'abandon de traitement chez l'adolescent avec un TPL. Les différences ont été maximisées à partir des caractéristiques des adolescents, des familles, des dispositifs de soins, des soignants, du type de thérapie, des modes de consultation, des durées de suivi, du niveau de participation du parent et finalement des contextes d'abandon et de poursuite de traitement (Tableau 1).

La sélection de cas issus de différentes approches thérapeutiques ne visait pas à comparer leurs impacts respectifs sur l'abandon de traitement, mais bien à obtenir un échantillon représentant la plus vaste gamme de manifestations du phénomène d'abandon. Une posture athéorique quant aux modèles thérapeutiques a intentionnellement été adoptée lors des analyses afin de dégager les processus généraux impliqués dans les abandons de traitement.

Bien que le traitement proposé incluait une intervention de guidance parentale dans tous les cas analysés, certains n'ont pas bénéficié de cette intervention (cas 1, 2, 4, 6, 8, et 12), les parents ayant décliné cette offre.

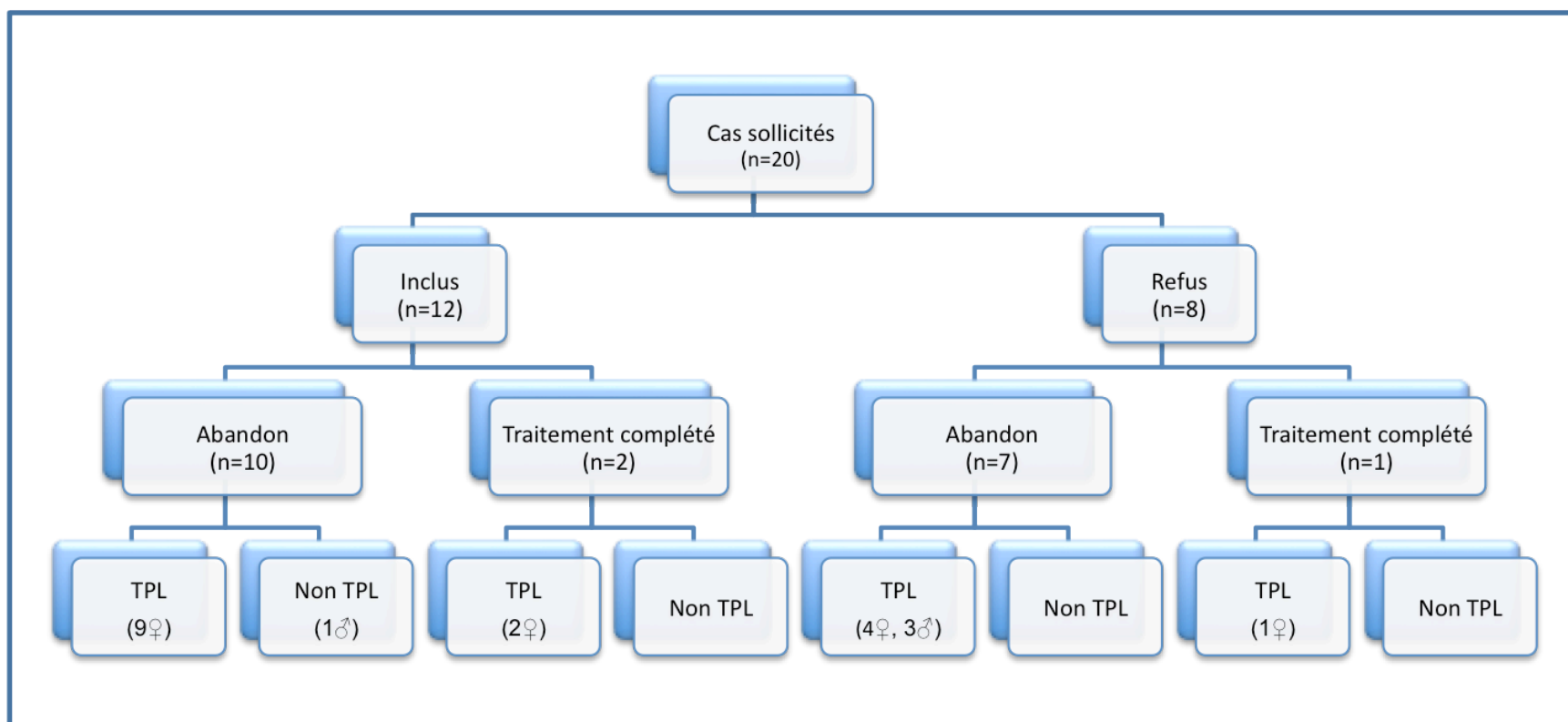


Figure 3: Échantillonnage des cas

Tableau 1: Description des cas (n=12)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12
Abandon	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
TPL		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Genre		♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♂
Âge	13	16	14	13	16	14	16	15	16	17	17	17
Famille	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Reconstitué	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Biparental	Biparental	Biparental	Reconstitué	Biparental
Traitement	TCD-A ¹ partiel	Non spécifique	Non spécifique	Psycho dynamique	TCD-A partiel	TCD-A partiel	TCD-A complet	TCD-A partiel	TCD-A complet	Psycho dynamique	Psycho dynamique	Thérapie médiatisée
Modalités	Individuel Groupe	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel
Durée du suivi	6 mois	8 mois	9 mois	4 mois	7 mois	4 mois	1 an	5 mois	6 mois	9 mois	9 mois	2 mois

¹TCD-A : Thérapie comportementale dialectique pour les adolescents

4.2.3.5 Description des informateurs

Afin de documenter les douze cas de l'étude, trente-quatre entrevues ont été réalisées auprès de trois groupes d'informateurs (adolescents avec conduites suicidaires, parent, soignants impliqués dans leur suivi). Neuf adolescents de 13 à 17 ans, douze parents et treize soignants ont ainsi participé à l'étude (Tableau 2).

Ce sont les parents ou les représentants légaux qui avaient participé à l'évaluation de l'adolescent qui ont été sollicités l'étude, indépendamment de leur niveau d'engagement au traitement de l'adolescent. Les parents et tuteurs qui ont participé comme informateur vivaient tous quotidiennement avec l'adolescent.

Les cas 8 et 9 ont été documentés à partir des informateurs parents et soignants uniquement. Les adolescents associés à ces deux cas ont refusé de collaborer à l'étude, mais ont néanmoins accepté que leurs parents et leurs thérapeutes y participent.

Tableau 2: Description des informateurs (n=34)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12	
Informateurs:													34
Adolescents	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	9
Parents	Mère		Tuteurs	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère, Père	12
Soignants	Inf ²		Erg ³ , T.S. ⁴	Psy ⁵	Psy	Psy	T.S.	T.S.	Psy	Psy, Inf	Psy	Erg	13

²Inf : Infirmier, ³Ergs : Ergothérapeute, ⁴T.S. : Travailleur social, ⁵Psy : Psychologue

4.2.4 Données

Les données de cette recherche ont essentiellement été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées. Trente-quatre ont été réalisées. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Afin de saisir la tonalité émotionnelle des récits et d'en faciliter l'analyse, les transcriptions et les données audio ont été synchronisées puis importées dans le logiciel Atlas.ti 6.

Un canevas d'entrevue différent pour chacun des trois groupes d'informateurs a été élaboré avant le début de la collecte de données (annexe I). Celui-ci a été inspiré par les connaissances disponibles et l'expérience du chercheur avec la clientèle des adolescents présentant un TPL.

Ces premiers canevas d'entrevue ont été soumis à quatre experts indépendants de l'étude, afin de s'assurer qu'ils couvrent tous les aspects de l'expérience des soins des informateurs. Ces experts appartenaient à trois disciplines professionnelles différentes (service social, psychologie, ergothérapie). Chacun avait à son actif une pratique de plus de vingt-cinq ans en psychiatrie de même qu'une vaste expérience des soins d'adolescents et d'adultes présentant un trouble de la personnalité. Par la suite, les canevas d'entrevue ont évolué en fonction des concepts et des hypothèses émergeant des analyses. À partir du sixième cas, les questions ont donc été plus ciblées afin de faire émerger toutes les dimensions des thèmes centraux et de saturer ces catégories.

Les adolescents et les parents ont répondu à des questions ouvertes concernant leur expérience de demande d'aide, leur point de vue sur le traitement et les raisons d'abandon. Ils ont également été interrogés sur les aspects qui auraient pu améliorer leur engagement et prévenir l'abandon du traitement. Les professionnels quant à eux ont été invités à décrire le processus de la fin du traitement, leurs interventions pour prévenir l'abandon et leurs hypothèses sur les facteurs impliqués. Ils ont également été invités à partager leurs sentiments à l'égard de l'abandon de leur patient, et leurs idées pour améliorer l'engagement de ces familles.

Les informateurs adolescents et parents ont été rencontrés d'un à huit mois après l'abandon du traitement. Les soignants impliqués ont été sollicités seulement après l'obtention du consentement du jeune et du parent. Les entrevues semi-structurées ont été menées par trois assistantes de recherche (cliniciennes de plus de vingt-cinq d'expérience) et quelques unes par la chercheuse principale de l'étude. Aucune des interviewers n'avait été impliquée cliniquement auprès des informateurs. La collecte de données s'est déroulée entre avril 2009 et juin 2011.

Lors des entrevues, chacun de ces trois types d'informateurs (adolescent, parent, soignant) a été questionné de façon à documenter les trois niveaux d'analyse concernant le cas pour lequel ils étaient interrogés. Par exemple, les adolescents étaient questionnés sur leur expérience du traitement et de son abandon, mais également sur la participation de leur parent et sur leurs perceptions du dispositif de soins (Tableau 3).

Tableau 3: Matrice des données

NIVEAUX D'ANALYSE				
INFORMATEURS		Adolescent	Parent	Dispositif de soins
	Adolescents	Données sur l'adolescent recueillies auprès des adolescents	Données sur le parent recueillies auprès des adolescents	Données sur le dispositif de soins recueillies auprès des adolescents
	Parents	Données sur l'adolescent recueillies auprès des parents	Données sur le parent recueillies auprès des parents	Données sur le dispositif de soins recueillies auprès des parents
	Soignants	Données sur l'adolescent recueillies auprès des soignants	Données sur le parent recueillies auprès des soignants	Données sur le dispositif de soins recueillies auprès des soignants

4.2.5 Analyses

Le processus d'analyse a été entamé dès la première phase de collecte de données c'est-à-dire dès les premières entrevues. Celui-ci s'est amorcé avec la segmentation, s'est poursuivi avec les processus simultanés de codage et d'analyse comparative constante, d'élaboration d'hypothèses et de falsification, et a pris fin lors de l'atteinte de la saturation théorique.

4.2.5.1 Segmentation et codage ouvert

La première phase de l'analyse des données a eu pour objectif de segmenter les données en unité de sens. Elle a mené à la fragmentation du contenu des verbatim d'entrevues en unités phénoménologiques. Près de trois mille unités au total ont été extraites des données d'entrevues. Le codage ouvert a été effectué à la suite de l'opération de segmentation. Il s'agit de la première étape du processus de codage qui, par une démarche inductive, permet de représenter les données empiriques par un référent conceptuel. Une catégorie conceptuelle a donc été attribuée à chaque unité phénoménologique (voir exemple à l'Annexe VIII). Les catégories conceptuelles ainsi assignées étaient mutuellement exclusives. Les entrevues des cinq premiers cas ont ainsi été soumises au codage ouvert.

4.2.5.2 Première revue sceptique des pairs

Une première revue sceptique des pairs a ensuite été effectuée par deux des quatre experts précédemment sollicités pour la validation des canevas d'entrevue. Ceux-ci ont procédé au recodage de cinquante unités phénoménologiques. Un premier accord a été obtenu pour les trois quarts des unités. La définition des catégories conceptuelles plus ambiguës a été clarifiée et un consensus a pu être obtenu (Annexe IX).

4.2.5.3 Codage axial

Puis, le codage axial a été amorcé. Celui-ci a conduit à hiérarchiser les concepts permettant de distinguer les catégories principales des sous-catégories et

de spécifier leurs différentes dimensions. Chaque cas d'abandon de traitement a été codé individuellement et une analyse transversale de tous les cas était ensuite réalisée lors de l'ajout de nouvelles données. Le codage axial a aussi permis l'intégration des trois niveaux d'analyse. Il a conduit à l'élaboration de nouvelles catégories d'un niveau conceptuel plus élevé synthétisant les points de vue des trois groupes d'informateurs (voir exemple à l'Annexe VIII).

4.2.5.4 Deuxième revue sceptique des pairs

Une seconde revue sceptique a été réalisée en regard de ces thèmes centraux par deux des quatre experts précédemment sollicités. Les différentes catégories conceptuelles leur ont été soumises en spécifiant leur niveau hiérarchique respectif. Les experts devaient apparier les sous-catégories avec leurs catégories de niveau conceptuel plus élevé. La hiérarchisation a alors été remaniée à la lumière de cette revue sceptique (Annexe IX).

4.2.5.5 Codage sélectif

À partir du moment où les catégories centrales ont été identifiées, la stratégie de codage a été plus sélective, au sens où les analyses étaient concentrées sur ces catégories et visaient à saturer celles-ci (Annexe VIII).

4.2.5.6 Codage théorique

Lorsque les étapes de codage précédentes ne permettaient plus de mettre à jour de nouvelles catégories conceptuelles permettant de décrire le phénomène de l'abandon, le codage théorique a pu être amorcé. Cette étape de l'analyse consiste à formuler des hypothèses plausibles concernant les relations entre les catégories conceptuelles. Le codage théorique a conduit à élaborer les premières propositions théoriques du phénomène de l'abandon de traitement.

4.2.6.7 Démarche de falsification

La stratégie falsification a alors été utilisée pour confronter au test empirique les premières hypothèses élaborées lors du codage théorique. Chaque fois qu'une

nouvelle hypothèse était élaborée, un examen des données antérieures a été fait, afin de vérifier si elle pouvait aussi s'appliquer à tous les anciens cas.

Lorsque cette hypothèse devait être rejetée, une nouvelle explication du phénomène a alors été formulée, laquelle tenait compte des nouvelles et des anciennes observations. Dans le cas où l'hypothèse se trouvait soutenue par les données déjà colligées, de nouvelles observations ont été effectuées auprès d'un nouveau cas présentant le maximum de différences avec les cas précédents (cas extrêmes, déviants ou contraires). Les cas 6 à 12 ont été choisis selon cette démarche (revoir figure 2). De cette façon, le degré de plausibilité des explications a été augmenté chaque fois qu'une nouvelle hypothèse a été formulée pour expliquer l'ensemble des observations.

4.2.5.8 Analyse comparative constante

Les différentes phases d'analyse ont été effectuées selon le processus itératif d'analyse comparative constante, et cela jusqu'à la saturation théorique. Ce type d'analyse consiste à comparer l'unité phénoménologique qui vient d'être codée avec les autres indicateurs empiriques appartenant au même concept ou à la même hypothèse.

Ce cycle de collecte de données, de segmentation, de codage, d'analyse comparative, d'élaboration d'hypothèses, de falsification et finalement de retour à la collecte de données, s'est poursuivi normalement jusqu'à ce qu'il devienne impossible de falsifier les hypothèses c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on ne puisse plus trouver de cas les réfutant. C'est la phase de la recherche que Glaser & Strauss (1967) désignent comme la saturation théorique. ((Figure 4)

4.2.5.8 Troisième revue sceptique des pairs

Une troisième revue sceptique a été effectuée afin de repérer des phénomènes qui n'auraient pas été couverts dans le cadre des propositions théoriques finales. Celle-ci a conduit à la confirmation de la saturation théorique du modèle et a marqué la fin simultanée de la collecte et de l'analyse des données.

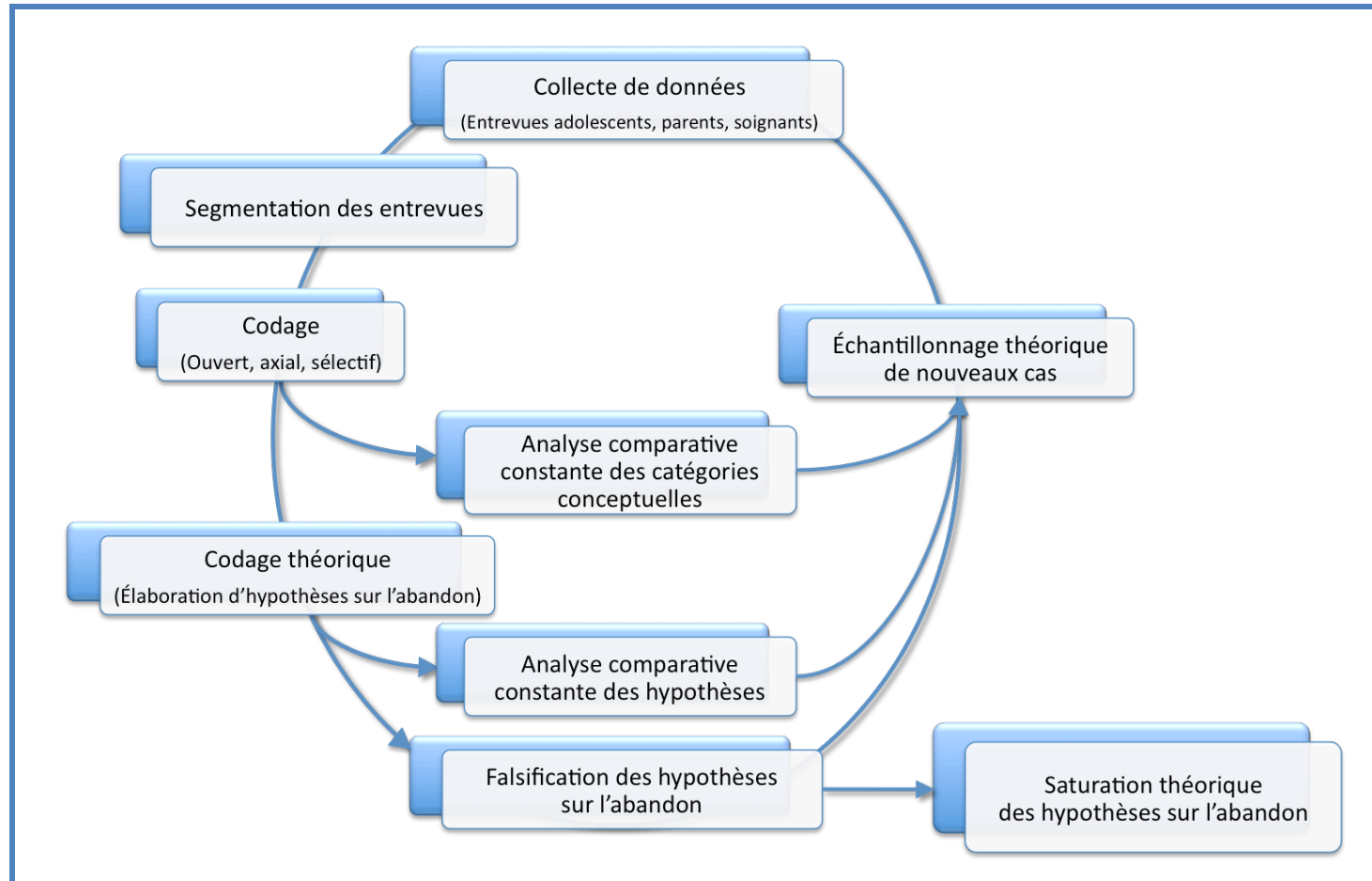


Figure 4: Cycle de collecte et d'analyse des données de l'étude

4.3 Scientificité

Les mêmes critères de scientificité soient la validité interne et externe, la fidélité et l'objectivité qui caractérisent les études de validation s'appliquent aux recherches privilégiant l'élaboration théorique. Leur technique d'estimation varie toutefois à certains égards et une terminologie différente est utilisée (Devers, 1999; Krefting, 1991; Lincoln & Guba, 1985; Pourtois & Desmet, 1989; Yin, 2007). Dans un souci de clarté, ces termes sont jumelés aux concepts équivalents plus conventionnellement utilisés. Les différentes stratégies méthodologiques utilisées pour s'assurer de la rigueur scientifique de cette étude sont exposées dans la section qui suit.

4.3.1 Crédibilité ou validité interne

Certaines stratégies de cueillette de données et d'analyse utilisées dans les études d'élaboration sont reconnues par plusieurs auteurs comme des forces en elles-mêmes pour s'assurer de la crédibilité (Kirk & Miller, 1987; LeCompte & Goetz, 1982). Le fait que les concepts ont été directement issus des observations empiriques et la convergence de plusieurs indices menant à l'élaboration d'une catégorie conceptuelle représentent des atouts pour augmenter la puissance du lien indicateur-concept. Les stratégies de falsification, la triangulation de plusieurs sources de données (différents informateurs), les trois revues sceptiques par les pairs représentent des démarches supplémentaires pour y arriver.

Pour ce qui est de déterminer la quantité et la qualité nécessaires des données, l'expérience du chercheur dans l'intervention auprès des adolescents avec TPL et son intégration dans une équipe multidisciplinaire sont considérées comme des garanties satisfaisantes pour assurer 1) une accessibilité aux données, 2) une connaissance adéquate du milieu permettant des observations suffisamment longues, 3) une cueillette de données assez nombreuses et pertinentes pour atteindre la saturation théorique.

Finalement, les données associées aux catégories conceptuelles sont présentées dans la section des résultats pour que le lecteur puisse juger de la crédibilité des analyses.

4.3.2 Transférabilité ou validité externe

Dans une démarche de recherche où l'objectif est d'élaborer des concepts et des hypothèses à partir d'un nombre relativement limité de sujets, comme c'est le cas de la présente étude, le fardeau de la preuve, quant à la généralisation des résultats, ne reposerait pas, selon Lincoln & Guba sur les épaules du chercheur (1985). L'étude de cas a pour objectif la généralisation analytique, c'est-à-dire que le chercheur vise à étendre ses résultats à une théorisation plus large, et non à une population plus large (Yin, 2007). Le concept de transférabilité est donc préféré. Les « consommateurs » de la recherche doivent ainsi eux-mêmes juger de la similitude du contexte pour lequel ils souhaitent étendre les conclusions. Ces auteurs soulignent toutefois la responsabilité des chercheurs de fournir une description suffisamment exhaustive des résultats (*thick description*) pour permettre une telle décision.

Différentes stratégies intégrées au devis de recherche ont aussi contribué à augmenter la transférabilité des résultats. D'abord, la diversité des expertises au sein de l'équipe des chercheurs a permis que les processus spécifiques aux différents modèles de pratique soient reconnus et mis en perspective. Ainsi, la seconde revue sceptique par les pairs a conduit à dégager les catégories de leur connotation théorique pour les conceptualiser en termes de processus de soins plus généraux. Deuxièmement, la transférabilité a été augmentée par l'utilisation d'un échantillon à variation maximale. L'échantillonnage de cas d'abandon survenu lors de traitement de différentes approches thérapeutiques a notamment permis de maximiser la diversité des processus d'abandon analysés.

4.3.3 Constance interne ou fidélité

Différentes stratégies ont permis de favoriser la constance interne des analyses. D'abord, les entrevues ont été enregistrées et retranscrites intégralement

sous forme de verbatim. Les analyses ont également été révisées par des experts dans le champ à l'étude dans le cadre des revues sceptiques. La possibilité que la constance des interprétations soit influencée par divers facteurs (lectures du chercheur pendant la recherche, préférence pour une hypothèse) est reconnue. Plutôt que de contrôler ces variances, la stratégie privilégiée a été d'en cerner les sources afin de les mettre en perspective pour en tenir compte dans l'analyse et l'interprétation des données. Le journal réflexif, renfermant des données relatives aux facteurs énoncés plus haut, et la datation des mémos ont été utilisés pour permettre au chercheur de mettre en lumière les sources de variabilité des interprétations. Ainsi, les lectures du chercheur, pendant le processus d'analyse, sont identifiées comme une source de variabilité quant à la compréhension du phénomène et peuvent modifier les analyses d'un cas à l'autre. Lorsque cela s'est produit, le chercheur a revu les analyses antérieures à la lumière des nouveaux schémas d'interprétation générés par ses lectures. Finalement, l'analyse comparative constante utilisée pour cette étude comporte une procédure de codage-recodage des données et a permis d'augmenter l'uniformité de l'analyse.

4.3.4 Fiabilité ou objectivité

Un journal réflexif, intégré à la structure de la base de données a été tenu pendant toute la période de collecte et d'analyse des données. Il constitue aussi une stratégie favorisant l'atteinte d'une plus grande objectivité. Les notes qu'il contient ont permis de mettre en lumière la subjectivité du chercheur ainsi que son influence sur l'analyse des données. La révision des analyses dans le cadre de la revue sceptique des pairs a également favorisé la discussion sur les interprétations du chercheur et la reconnaissance de ses biais. L'utilisation de plusieurs sources de données (triangulation des données) constitue également une stratégie pour augmenter l'objectivité des analyses et des conclusions de la recherche.

La réalisation d'une étude qualitative avec une méthodologie de type « théorisation ancrée » dans un contexte clinique nécessite une connaissance approfondie et une exposition prolongée au phénomène étudié de la part du

chercheur. Cette familiarité est déterminante pour garantir la validité scientifique des résultats de ce type d'étude. Notre expérience clinique dans l'évaluation et le traitement d'adultes, d'adolescents et d'enfants qui présentent des psychopathologies graves, a augmenté notre sensibilité théorique et a représenté un appui non négligeable au succès de cette recherche.

4.4 Considérations éthiques

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique sur la recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies en mars 2009 (Annexe V). Un formulaire de consentement distinct a été élaboré pour chacun des groupes d'informateurs (adolescents, parents et soignants) les informant de tous les éléments pertinents du projet afin que ceux-ci puissent consentir à participer de manière éclairée (Annexe VI). Les aspects suivants sont décrits dans ce document : objectif de la recherche, respect de la confidentialité et de l'anonymat, risques et avantages à la participation à cette recherche, liberté de retrait du projet et mesures prises en cas d'effets indésirables.

Il a été prévu qu'un adolescent qui aurait souhaité reprendre son traitement après sa participation à la recherche serait invité à reprendre contact avec son médecin traitant ou à faire une nouvelle demande de service si son dossier avait été fermé depuis plus de six mois.

De plus, les assistantes de recherches impliquées dans la collecte de données possédaient une expérience clinique leur permettant d'apprécier l'impact émotionnel des jeunes et des parents au moment de la passation des entrevues. Des mesures avaient été prévues pour diriger les adolescents vers les ressources appropriées à leur état en cas de réactions émotionnelles défavorables résultant des procédures de cette recherche (Annexe VII).

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

5.1 Présentation des articles

Ce chapitre de la thèse présente les résultats de l'étude sous forme d'articles scientifiques. Ce type de présentation a été autorisé par la Faculté des études supérieures et les coauteurs des articles (Annexe X).

Un modèle conceptuel permettant de mieux comprendre les processus par lesquels les adolescents avec TPL cessent prématurément leur traitement a été élaboré. Pour rendre compte de l'ensemble des processus qu'il dépeint, quatre articles ont été rédigés. Les trois premiers s'attardent chacun à différentes composantes de ce modèle. Ils exposent les résultats dans un ordre qui calque la séquence des processus d'abandon tels que représentés dans le modèle développé. Ils ont toutefois été rédigés de façon à ce qu'ils puissent être lus isolément. Pour cette raison, les sections décrivant la problématique et la méthodologie sont superposables dans tous les articles. Un quatrième article aborde ensuite le modèle lui-même.

Le premier article intitulé : *Care-setting response to dropout vulnerabilities among adolescents with borderline personality disorder* présente d'abord les vulnérabilités à l'abandon retrouvées chez les adolescents avec TPL et leurs parents. Il aborde ensuite l'impact de certaines défaillances du dispositif de soins sur l'arrêt prématuré du traitement de ces jeunes.

Le second article : *Désengagement du traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite : rôle du dispositif de soins* décrit les processus par lesquels se produisent le désengagement des adolescents avec TPL et de leurs parents lorsque les réponses initiales du dispositif de soins n'ont pas été suffisamment ajustées à leurs vulnérabilités à l'abandon.

Le troisième article portant le titre : *Défis du dispositif de soins face au désengagement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite* expose de quelles manières certaines défaillances des réponses du dispositif de soins conduisent à l'abandon du traitement lorsque survient le désengagement des adolescents avec TPL et leurs parents.

Finalement, le quatrième article : *Modèle de l'engagement et de l'abandon de l'adolescent avec trouble de personnalité limite* présente le modèle élaboré dans le cadre de cette étude et discute des hypothèses qu'il sous-tend pour comprendre le phénomène de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL.

Le tableau suivant présente la planification pour la publication des résultats de cette étude.

Titre et revue
<p><i>Care-setting response to dropout vulnerabilities among adolescents with borderline personality disorder</i></p> <p>Auteurs: Lyne Desrosiers, Micheline Saint-Jean, Jean-Jacques Breton</p> <p>En revision : Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice</p>
<p><i>Désengagement du traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite : rôle du dispositif de soins</i></p> <p>Auteurs: Lyne Desrosiers, Micheline Saint-Jean, Jean-Jacques Breton</p> <p>En préparation: Journal of Nervous and Mental Disease</p>
<p><i>Défis du dispositif de soins face au désengagement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite</i></p> <p>Auteurs: Lyne Desrosiers, Micheline Saint-Jean, Jean-Jacques Breton</p> <p>En préparation: Journal of Personality Disorders</p>
<p><i>Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite</i></p> <p>Auteurs: Lyne Desrosiers, Micheline Saint-Jean, Jean-Jacques Breton</p> <p>En préparation: Santé Mentale au Québec</p>

5.2 PREMIER ARTICLE DE LA THÈSE

Care-setting response to dropout vulnerabilities among adolescents with borderline personality disorder

Author / title page

Running head: CARE-SETTING RESPONSE TO DROPOUT VULNERABILITIES

Care-setting response to dropout vulnerabilities
among suicidal adolescents with borderline personality disorder

Lyne Desrosiers^{1,2,3}, Micheline Saint-Jean¹, Jean-Jacques
Breton^{1,2,3}

¹ University of Montréal, Montréal, Québec, Canada

² Fernand-Séguin Research Center, Montréal, Québec, Canada

³ Mood Disorders Clinic, Child and Adolescent Psychiatry Program, Rivière-des-Prairies
Hospital, Montréal, Québec, Canada

Word count (exc. figures/tables): 4866

*Requests for reprints should be addressed to Lyne Desrosiers, 7070 Perras, Montréal, Québec,
H1E 1A4, Canada (e-mail: lyne_desrosiers@me.com).

Acknowledgments

The authors thank all the patients, their families and the clinicians who participated in the study as well as Hélène Poitras, Louise Wolfe and Monique Létourneau who conducted interviews and sceptical peer review.

Running head: CARE-SETTING RESPONSE TO DROPOUT VULNERABILITIES 1

Care-setting response to dropout vulnerabilities among suicidal adolescents with borderline personality disorder

Objectives: The aim of this study was to gain a broader appreciation of processes involved in treatment dropout among suicidal adolescents with borderline personality disorder (BPD).

Design: A constructivist grounded theory using a multiple-case research design with three embedded levels of analysis (adolescent, parent, and care setting) was chosen. Applied to the study of processes, this method allows developing a theory based on the participants' meanings.

Methods: Theoretical sampling and the different stages of analysis specific to grounded theory were performed according to the iterative process of constant comparative analysis. 12 care trajectories were examined (9 dropouts among suicidal adolescents with BPD and for the purpose of falsification, 1 dropout of suicidal adolescent without BPD and 2 completed treatment among adolescents with BPD). To document the care trajectories, three groups of informants were recruited (adolescents with suicidal behaviours, parents, clinicians involved in their treatment) and 34 interviews were conducted.

Results: Various dropout vulnerabilities were found to be present in suicidal adolescents with BPD and their parents before treatment initiation, including psychological characteristics, perception of mental illness and mental healthcare, and help-seeking context. However, disengagement became significant only when care-setting response—including management of accessibility problems, adaptation of services to needs of suicidal adolescents with BPD, preparation for treatment, and consideration for the health professional's disposition to treat—was ill-suited to these vulnerabilities.

Conclusions: Systematic assessment of dropout vulnerabilities could foster better care-setting responses to reduce premature treatment discontinuation among suicidal adolescents with BPD.

Practitioner Points:

- Aside from being at high risk for suicide, adolescents with borderline personality disorder (BPD) demonstrate poor treatment adherence.
- Premature treatment termination of adolescents with (BPD) may be prevented by thorough assessment of their specific dropout vulnerabilities before treatment initiation and by a care-setting response well suited to these vulnerabilities

Premature treatment termination is a significant problem in child psychiatry services (Kazdin & Wassell, 2000). Treatment non-adherence is particularly prevalent among adolescents with suicidal behaviour, as 40% to 77% fail to begin or complete recommended psychosocial treatment (Burns, Cortell, & Wagner, 2008; Trautman, Stewart, & Morishima, 1993). Aside from being at high risk for suicide (Runeson & Beskow, 1991), adolescents with borderline personality disorder (BPD) demonstrate poor treatment adherence (Halaby, 2004). The consequences of premature termination are cause for concern then, given that previous suicidal behaviour is a significant predictor of subsequent attempts in young people (Pfeffer, Klerman, Hurt, Kakuma, Peskin, & Siefker, 1993) and that the risk for suicide attempts increases for individuals with BPD in the absence of any outpatient treatment prior to attempts (Soloff & Chiappetta, 2012). As a result, adolescents with BPD who drop out of treatment do not receive the professional help they need despite being at high risk for suicide and for serious long-term consequences such as development of full-blown BPD and poor psychosocial functioning (Chanen, Jovev, & Jackson, 2007).

Over the past decades, various studies have addressed the problem of treatment dropout in child psychiatry. The vast majority of these have focused on its association with observable and quantifiable determinants, such as demographic variables (Halaby, 2004; Piacentini, Rotheram-Borus, Gillis, Graae, Trautman, Cantwell, Garcia-Leeds et al., 1995; Trautman et al., 1993; Viale-Val, Rosenthal, Curtiss, & Marohn, 1984), diagnosis of adolescent (Halaby, 2004; Pelkonen, Marttunen, Laippala, & Lonnqvist, 2000; Piacentini et al., 1995; Trautman et al., 1993; Viale-Val et al., 1984) and of parents (Burns et al., 2008; Rotheram-Borus, Piacentini, Van Rossem, Graae, Cantwell, Castro-Blanco, & Feldman, 1999), and type of suicidal behaviour (Pelkonen et al., 2000; Spirito, Lewander, Levy, Kurkjian, & Fritz, 1994; Trautman et al., 1993). Results, however, have been contradictory. There are several possible reasons for this. First, the variables chosen to predict dropout were often selected because of their availability rather than on the basis of a conceptual model, thus limiting the range of the hypotheses tested (Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997). Second, the research involving suicidal adolescents has not sufficiently considered the impact of BPD. Third, only a few studies have

explored the association between premature termination and the subjective experience of treatment of adolescents and parents. Nonetheless, certain findings warrant further investigation. Among these, Viale-Val et al. (1984) found that 90% of adolescents who denied their difficulties and who disagreed with recommended follow-up treatment dropped out before even starting. Other studies have suggested that parents' perceptions regarding treatment were associated with treatment continuation and that these carried more weight than did the perceptions of adolescents (Burns et al., 2008; Halaby, 2004). Finally, premature termination has been considered essentially as an outcome (in treatment or dropped out). This approach has not allowed taking into account of determinants that emerge only in the course of treatment. Conceptualising treatment discontinuation as a dynamic process that runs from engagement to disengagement and ultimately to dropout would make this sort of analysis possible. Against this backdrop, we undertook a qualitative study to shed a broader light on the processes that lead adolescents with BPD to discontinue treatment.

METHOD

To grasp all of the determinants associated with treatment dropout as well as the network linking them, we opted to employ a constructivist grounded theory method. Applied to the study of processes, this method allows developing a theory based on the informants' meanings (Charmaz, 2006). A multiple-case research design with three embedded levels of analysis (adolescent, parent, and care setting) was selected. Theoretical sampling and a falsification strategy were used to test emerging hypotheses. The triangulation of sources (three types of informants providing information on the same event) and the triangulation of analyses (three sceptical peer reviews) allowed increasing the credibility of results.

Description of dropout cases and informants

Among the twenty eligible cases, twelve were finally included (Fig. 5). Of these, nine ended in dropout for an adolescent with BPD. For the purpose of the falsification strategy, the cases of two adolescents with BPD who completed

treatment (cases 9 and 11) and the case of a suicidal adolescent without BPD who terminated treatment prematurely (case 12) were also included in the study. Furthermore, cases 1 and 2 concerned two distinct treatment episodes with the same adolescent. Two other cases involve adolescents who refused to participate in the study but who agreed to have their parents and their therapist participate (cases 7 and 8) (Table 4). The aim of selecting cases with different therapeutic approaches was not to compare their respective impacts on treatment dropout but rather to obtain a maximum variation sample. They were chosen for their potential to represent the broadest possible range of manifestations of the phenomenon of premature treatment termination. We intentionally adopted a non-theoretical stance toward the therapeutic models during analyses to identify the general processes involved. Youths with mental retardation, pervasive development disorder, or psychotic or manic symptoms were excluded.

To document the 12 cases, 34 interviews were conducted with three groups of informants (adolescents, parents, clinicians involved in their treatment). Nine adolescents 13 to 17 years old, 12 parents and 13 clinicians participated (Table 5).

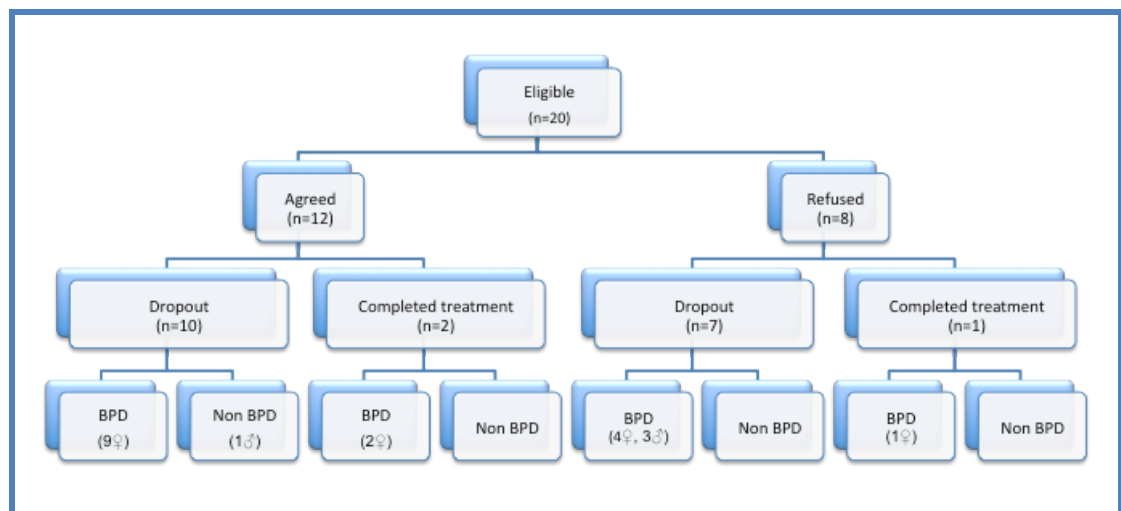


Figure 5: Sampling of cases

Tableau 4 : Description of cases (n=12)

Case	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Dropout	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes
BPD	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Gender, Age	♀, 13, 16		♀, 14	♀, 13	♀, 16	♀, 14	♀, 15	♀, 17	♀, 16	♀, 17	♀, 17	♂, 17
Family structure	Single-parent	Blended	Dual-parent	Blended	Single-parent	Blended	Dual-parent	Dual-parent	Dual-parent	Dual-parent	Blended	Single-parent
Treatment	Partial DBT ¹ Pharmacotherapy	Non-specific Pharmacotherapy	Non-specific Pharmacotherapy	Psychodynamic Pharmacotherapy	Partial DBT	Partial DBT Pharmacotherapy	Partial DBT Pharmacotherapy	DBT Pharmacotherapy	DBT Pharmacotherapy	Psychodynamic Pharmacotherapy	Psychodynamic Pharmacotherapy	Occupational therapy Pharmacotherapy
Modalities	Individual Group	Individual	Individual Parental guidance Hospitalisation	Individual	Individual Group	Individual Parental guidance	Individual	Individual Group Parental guidance	Individual Group Parental guidance	Individual Parental guidance	Individual Parental guidance	Individual
Duration of follow-up	6 months	8 months	9 months	4 months	7 months	4 months	5 months	9 months	12 months	9 months	9 months	2 months

¹ Dialectical behaviour therapy

Tableau 5: Description of informants (n=34)

Cases	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Informants													34
Adolescents	Yes		Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	9
Parents	Mother		Step-parents	Mother	Father	Mother	Mother	Mother	Mother	Mother	Mother	Mother, Father	12
Clinicians	Nurse		Occupational therapist Social worker	Psychologist	Psychologist	Psychologist	Psychologist	Social worker	Social worker	Psychologist Nurse	Psychologist	Occupational therapist	13

Procedure

Cases were recruited at an outpatient clinic for the treatment of severe mood disorders in a child psychiatry facility located in an urban centre in Québec, Canada. The dropout cases entered the study one to eight months after dropping out of treatment. The operational definition of dropout was based on therapist judgement, as proposed by Wiedzbicki & Pekarik (1993). Dropout was thus established when all clinicians involved considered the two following conditions to be present regardless of treatment duration: 1) adolescent had unilaterally dropped out of treatment against the clinical opinion of clinicians; and 2) follow-up was still advised given the presence of important BPD symptoms. As with all adolescents treated at this clinic, each case was evaluated following a standardised multidisciplinary assessment protocol before treatment began (psychiatric evaluation, K-SADS-PL, BDI, DIB-R, life habits, evaluation in occupational therapy and in social work). BPD was diagnosed using a best-estimate method (Leckman, Sholomskas, Thompson, Belanger, & Weissman, 1982). Adolescents and parents had to be informed of the diagnosis before they were recruited for the study. The clinicians were contacted only after the adolescents and their parents had consented to it. The ethics review board of the hospital where the research took place approved the project. A specific consent form was created for each of the three types of informant.

Three experienced clinicians and the first author (LD) conducted in-depth, semi-structured interviews with the adolescents, their parents and the clinicians. Adolescents and parents answered open-ended questions regarding their experiences of help seeking, their perceptions on their treatment, and the reasons for its termination. They were asked also about what might have improved their engagement and prevented treatment dropout. Clinicians were invited to describe the process of treatment termination, their efforts to prevent it, and their hypotheses on the factors at play. They were also asked to share their feelings about the patient's dropout and their ideas on how to improve engagement. Thus, data on the three levels of analysis were collected from each informant. Interviews were tape-recorded and then transcribed. In

order to capture the emotional tone of the narratives and to facilitate analysis, transcripts and audio data were synchronized and imported into Atlas.ti 6 software.

The interviews for the first six cases were subjected to open coding. A first sceptical peer review was performed by two independent experts. They proceeded to recode fifty phenomenological units. Agreement was arrived for 75% of these. The definition of the other conceptual categories was then clarified and a consensus was reached on these. Axial coding was next carried out to integrate the three levels of analysis. This led to the development of new conceptual categories summarizing the views of the three groups of informants. A second sceptical peer review was then performed regarding these core themes. The first hypotheses regarding the dropout process were then developed. The next six cases were recruited to subject these emerging hypotheses to falsification. The entire set of interviews was then subjected to theoretical coding. Theoretical sampling and the different stages of data analysis described above were performed according to the iterative process of comparative constant analysis specific to grounded theory. Finally, a third sceptical peer review was conducted to identify phenomena not covered under the final theoretical proposals. This allowed confirming the theoretical saturation of the model.

RESULTS

Dropout vulnerabilities

Analysis of the cases revealed that some factors associated with dropout were already present and could have been identified at time of help seeking. These barriers, which sooner or later weaken treatment engagement, were labelled *dropout vulnerabilities*. Three distinct categories of these determinants emerged; psychological characteristics of adolescents and parents, perception of mental illness and mental healthcare, and help-seeking context (Table 4).

Tableau 6: Dropout vulnerabilities

CATEGORIES	DIMENSIONS	
	Adolescent	Parent
Psychological characteristics	<i>Developmental issues of adolescence</i> <i>Borderline personality traits</i>	<i>Empathy difficulties</i> <i>Poor distress tolerance</i> <i>Psychopathology</i> <i>Fear of compromising relationship with adolescent</i> <i>Modulation of dependence/ autonomy</i>
Perception of mental illness and mental healthcare	<i>Fears (mental illness, chronicity, stigma, treatment)</i> <i>External attribution</i> <i>Unrealistic or negative expectations</i> <i>Views on cause of problem diverge from those of parents or clinicians</i>	<i>Fear of stigma</i> <i>Culpability</i> <i>Anger/denial regarding pathology</i> <i>Threat to family intimacy</i> <i>Unrealistic or negative expectations</i> <i>Divergent views on cause of problem</i>
Help-seeking context	<i>Previous negative experiences</i> <i>Multiple previous consultations</i> <i>Other priorities</i> <i>Simultaneous interventions</i> <i>Coercion</i> <i>Subjection to parent</i>	<i>Previous negative experiences</i> <i>Multiple previous consultations</i> <i>Other responsibilities</i> <i>Living problems</i> <i>Conflict between parents over care</i>

Psychological characteristics of adolescents and parents

Analyses revealed that the developmental issues of adolescence, namely, the need for autonomy and individuation, identity development, acquisition of impulse control, and peer pressure interfered with adherence to therapeutic recommendations and underlied the disengagement of these youths. Hence, stopping medication intake sometimes represents an assertive behaviour in pursuit of personal autonomy.

‘Not taking my medication was maybe a way for me to be rebellious, to defy people!’

However, as the development of identity and the acquisition of impulse control are more complicated for adolescents with BPD than for other youths, the impact of these issues on treatment termination were amplified. Indeed, to stay committed to a process that involved changing one’s way of being and taking steps towards experiencing painful but unavoidable emotions was a bigger challenge for them. Pursuing treatment despite emotional storms and relational tensions with health

professionals was all the more unlikely in the presence of regulation difficulties. Treatment dropout by adolescents with BPD was sometimes marked by a display of symptoms such as anger and hostility, as underlined by this clinician:

'The way it happened, it was brutal; she was unbearable when we met her... She said that we were incompetent... She refused a last interview... it ended bang, bang... she left like a true borderliner, slamming the door!'

Parents' psychological characteristics, also, played a role in treatment disengagement. Difficulties with empathy or tolerance for painful emotions, not to mention presence of psychopathology, could limit the capacity of parents to understand their children's problems, to prioritize their children's needs and, consequently, to support their treatment process. Fear of compromising their relationship with their children and overprotectiveness, too, could interfere with treatment continuation when parents considered it too difficult for their children. On the other hand, overestimating an adolescent's autonomy could constitute a problem as well when it came to offering concrete support. The following comment bears witness to this:

'My mother never came to pick me up. She told me: "you're old enough to go there on your own!" So I felt all alone in this situation... if she had been more involved, I would have continued...'

Perception of mental illness and mental healthcare

Though seldom verbalized spontaneously before the start of treatment, perception of mental illness and mental healthcare weakened the commitment of adolescents and parents in an insidious manner. To be sceptical or to have unrealistic expectations about treatment could rig the therapeutic process from the outset, as it would necessarily be disappointing. Fear of mental illness, chronicity, and stigma, as well as fear of treatment itself, represented silent enemies of therapy completion. In addition, feeling guilty for their children's pathology or, conversely, denying or

feeling angry about the excessive behaviour of their children could reduce the openness of parents toward the psychotherapeutic process and, at times, rendered them unable to provide necessary support. The following words by an adolescent expressed the weight of these obstacles on her disengagement.

'I was afraid of taking pills... my father's been on medication for years... I asked myself, am I going to go crazy just like him? I won't have a job; I'll make my children suffer! I had faith in the treatment but... maybe it was because my mother saw my father in me. She would look at me and say: my daughter wants to commit suicide; she's cutting herself, what will the family think of us? It was driving her nuts to see me like this. I think she wanted to hide it. She never really got involved... it might have helped me to continue the treatment a little more.'

Finally, other perceptions associated with mental illness and mental healthcare such as the divergent views of adolescents, parents and therapists regarding the causes of the problem or the relevance of treatment were also among the reasons for aborted treatment. Why continue a therapeutic process if it did not correspond to what was believed to be the problem?

'For sure, if she had had our support, her father's and mine, probably she would have stuck with it a bit longer. One of us said: it's a good idea, and the other: get out of there. According to all the experts, a large part of it is due to the relationship problems that I have with my ex-husband. However, I haven't changed my point of view. The fact that we argue is not responsible for my child's condition.'

Help-seeking context

Commitment was jeopardised also by an unfavourable help-seeking context. For both adolescents and parents, commitment was inevitably weakened by previous negative experiences with the health system, disillusion with an umpteenth consultation or the idea of having to give up activities deemed to be of greater

importance. It was only logical for already overburdened parents to disengage from treatment that, in a sense, had become a new problem rather than a solution.

'I wasn't able to be as available as I should've been at the time it happened. It was just one thing on top of another... my wife had left me. I have my life, too... I had to catch up on my work, I couldn't get away... I have other children...'

Coercive entry into the health system was without a doubt another element that sapped treatment commitment. It was quite difficult to subscribe to therapeutic follow-up when the process got off to a bad start:

'I didn't go willingly... an ambulance came and cops, too, because I didn't want to go. They handcuffed me. They put me in the ambulance. They shut the doors... I brushed the paramedics off.'

These were the vulnerabilities to emerge that predisposed adolescents with BPD and their parents to drop out of treatment. However, falsification strategy led us to reject the hypothesis that these elements were sufficient to account for treatment termination. A new explanation for treatment disengagement had to be formulated in the light of adolescents who continued treatment despite the presence of these dropout vulnerabilities. Consequently, we decided to explore a second hypothesis integrating the role of the care setting. This second set of analyses brought to the forefront the effect of the care setting's failed initial response to treatment disengagement by the adolescents.

Failed response of care settings

Our analyses suggested that premature termination involved failure on the part of the care setting to address dropout vulnerabilities when the intervention plan was being laid out. These included overlooking accessibility problems, poor fit between the care offered and the specific needs of adolescents with BPD, insufficient preparation for treatment and, ultimately, failure to consider clinicians' disposition to treat (Table 5).

Tableau 7: Failed responses of care-settings

CATEGORIES	DIMENSIONS
Disregard for accessibility problems	<i>Distance from services</i> <i>Scheduling of appointments</i>
Care setting inadequate for adolescents with BPD	<i>Protocols for responding to risky behaviours</i> <i>Confidentiality issues</i> <i>Case management procedures</i> <i>Fluidity of transfer between services</i> <i>Integration of parents to treatment</i> <i>Support/supervision for clinicians</i>
Insufficient preparation for treatment	<i>Orientation to treatment</i> <i>Treatment agreement</i> <i>Pairing (adolescent-clinician, parent-clinician)</i>
Failure to consider clinicians' disposition to treat	<i>Caseload</i> <i>Ease with adolescents with BPD</i> <i>Risk tolerance</i> <i>Sense of competence</i> <i>Prediction of prognosis</i>

Overlooking accessibility problems

Dropout vulnerabilities related to the help-seeking context could significantly lower treatment accessibility and even promote its premature termination. For overburdened parents, missing work or finding a babysitter for their other children in order to be able to attend appointments represented insurmountable barriers. This was true, also, for adolescents who had to miss school, give up other activities or spend hours in public transit. Though common, these barriers were often overlooked by clinicians. Not addressing them, assuming that families could overcome these obstacles, and offering no flexibility in scheduling sessions jeopardized treatment continuation.

'If I had to take the bus 'cause my mother couldn't drive me, I wouldn't go! That's what happened in the end. Plus, I had two days off in the week but they didn't fit into my therapist's schedule.'

Care setting inadequate for specific needs of adolescents with BPD

To foster treatment completion, care settings had to consider the psychological characteristics of adolescents with BPD and their parents. Initiating treatment without first discussing confidentiality issues could lead to a rupture in the therapeutic alliance down the line. Indeed, information had to be shared regularly for the sake of the adolescent's security. Clear case management procedures and protocols for responding to risky behaviour were necessary safety nets when treating adolescents with BPD. If they failed, a critical situation could quickly turn into a therapeutic muddle, thus creating the ideal conditions for discontinuation. Moreover, without support and supervision, these crises could leave clinicians at the mercy of negative therapeutic reactions likely to erode commitment to treatment even further. Finally, it was difficult for clinicians to contain the disengagement behaviours of adolescents with BPD if parents were not engaged in the treatment. These failures on the part of the care setting paved the way for the sudden and brutal termination of treatment.

'The adolescent started doing stuff that put her in danger. Do I keep that confidential or not? I didn't know what to do. I wished that the professional assigned to the parents would talk with them... he was the one who should have done it. I had no contact with the family for months... that didn't help... Finally, I had to let the parents know. The adolescent threatened me... she was furious! And that was the last time I saw her!'

Insufficient preparation for treatment

Treatment preparation allowed adolescents, parents and therapists to agree on treatment. Failure in any one of the three following aspects led to dropout at this stage: treatment orientation, treatment agreement, and therapist-adolescent/parent pairing.

Therapists not concerned about how mental illness and healthcare were perceived by adolescents and parents during orientation were not able to ensure that

the treatment inspired trust and was meaningful for these families. Consequently, adolescents with BPD had a harder time committing to treatment if they did not know the reasons behind the therapeutic orientation or if they did not understand how psychotherapy would affect their condition.

'Maybe I would have continued if I had a little more faith in what I was doing with my therapist. They didn't really explain what psychotherapy is about. Talking for an hour, I can do that with my friends. Today, I still can't explain to you what it was supposed to address in my case.'

Treatment agreement represented another opportunity to diminish the effects of dropout vulnerabilities. Discussing therapeutic modalities, their duration and their frequency provided an opportunity to learn about the adolescents' priorities, their past negative experiences, and their fears regarding treatment, as well as to explore negative or unrealistic expectations so as to minimise their impact on commitment. This step was all the more important to engage individuals who did not recognise the need for treatment. Follow-up was weakened when families felt that they did not participate in the decision-making process, that their viewpoint was not solicited, and that treatment did not correspond to how they conceived the problem at hand. As one clinician put it:

'I had the impression that we imposed a treatment on her for a problem she had yet to identify. She did not stick 100% to what we prescribed for her.'

Finally, dropout was facilitated when no consideration was given to matching the psychological characteristics of adolescents and/or their parent with those of the therapist. This was the case also when annoyances were not discussed during treatment preparation. Poor pairing of therapists and adolescents contributed undeniably to follow-up interruption, as illustrated by this parent's comment:

'If my daughter dropped out of the treatment, it was because... she didn't at all like her therapist's way of doing things.... she might be

very good with other adolescents, but she didn't connect at all with my daughter.'

Failure to consider clinicians' disposition to treat

In a public health system, productivity imperatives have an impact on the allocation of cases and the number of follow-up sessions for clinicians. This context sometimes did not allow taking the time to consider the therapist's disposition to treat. This varied according to timing, caseload, recent experiences of difficult follow-ups, or ease in dealing with adolescents with BPD. Other dispositions such as low risk tolerance, self-perceived lack of competence, and negative expectations regarding prognosis were not conducive to an optimal care setting response likely to attenuate dropout vulnerabilities. Indeed, what was the point in persuading hostile and reactive adolescents to continue treatment if their dropout relieved the clinician's worries and decreased work overload? What good was it if the effort was doomed to fail anyway?

'I started the follow-up... I was not too enthusiastic, not too optimistic... I'm not at my best with adolescents with borderline personality disorder... so it was something that should never have been set up.'

DISCUSSION

Our in-depth analysis of the points of view of various stakeholders revealed that a broad array of factors were potentially involved in the premature treatment termination of adolescents with BPD and that these factors were present at time of help seeking. These *dropout vulnerabilities* were found to relate to adolescents' and parents' psychological characteristics, their perception of mental illness and mental healthcare and, finally, the help-seeking context. Further analysis showed that treatment was jeopardized when the response of care settings was poorly tailored to these barriers. Four types of care-setting response failures were identified: accessibility problems not given consideration, services inadequately adapted to the specific needs of adolescents with BPD, insufficient preparation for treatment, and failure to consider clinicians' disposition to treat.

Several dropout vulnerabilities highlighted in our study were reported also in other studies that investigated difficulties intervening with adolescents in psychiatry. The impact of developmental issues on commitment to psychotherapeutic (Oetzel & Scherer, 2003; Sommers-Flanagan, Richardson, & Sommers-Flanagan, 2011) and pharmacological treatment (Hack & Chow, 2001) is well documented; these issues appear to constitute an obstacle for adolescents with BPD as well. Our results show that certain psychological traits of BPD reported in adult studies (Rusch, Schiel, Corrigan, Leihener, Jacob, Olschewski, Lieb et al., 2008), such as hostility and distress intolerance, can also deflect the course of treatment for adolescents.

Similarly, variables previously associated with dropout in suicidal youths such as psychological condition of parents (King, Hovey, Brand, Wilson, & Ghaziuddin, 1997) and parents' attitude towards mental healthcare (Burns et al., 2008; Halaby, 2004), appear to be significant for adolescents with BPD as well. Though essential (Miller, Rathus, & Linehan, 2007; Santisteban, Muir, Mena, & Mitrani, 2003), parental involvement is a particularly delicate issue for adolescents with BPD whose symptoms interfere with the smooth development of identity and autonomy. Our results show that parental support can be lacking when parental abilities are weakened by psychological fragility or when the parent-child relationship is strained by conflicts over dependence and autonomy. This situation can emerge also in unfavourable help-seeking contexts. Indeed, in these cases, treatment can represent another problem rather than a solution for the parent. In this regard, contradictory results have been reported concerning the association between socioeconomic status and treatment dropout among suicidal adolescents (Pelkonen et al., 2000; Rotheram-Borus et al., 1999; Viale-Val et al., 1984). We hypothesized that parental stress induced by other responsibilities and the parent's life problems might better reflect the impact of the help-seeking context. Finally, the role of parental attributions regarding the commitment to treatment of adolescents with BPD converges with findings in the literature regarding other adolescent populations (Morrissey-Kane & Prinz, 1999).

Treatment dropout cannot be understood without examining the adolescents' and their parents' perceptions at the start of the therapeutic process. Without referring

specifically to our sample, different theoretical models of healthcare utilization have integrated this dimension in order to understand help-seeking behaviours (Pescosolido & Boyer, 1999). The chaotic treatment process in adult with BPD has been associated with emotional activation generated by the treatment itself (Bateman & Fonagy, 2004). Our results show that this is also the case for adolescents with BPD. In addition, we found that emotions generated by mental illness and care perceptions, which are often present prior to help seeking, represent barriers as well even if they are not always apparent.

This study also shows that the presence of dropout vulnerabilities does not constitute a sufficient condition for premature treatment termination. We hypothesized that their effect becomes significant only when the care setting fails to mitigate them. The difficulty obtaining conclusive results in this regard in previous studies may be explained by the fact that the impact of the variables explored appears to be moderated by the care setting's response. This element has generally been neglected in the research. Therefore, more conclusive results could emerge from a dialectical conception of treatment dropout based on the imbalance between dropout vulnerability and care-setting response.

This result seems surprising, however, given that the specific requirements of adolescent care have been widely discussed in the literature. Indeed, numerous factors associated with treatment continuation difficulties have been pointed out (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005; Oetzel & Scherer, 2003; Sommers-Flanagan et al., 2011). Even though accessibility and treatment preparation have been identified as significant dimensions in the successful treatment of adolescents (Anderson & Collier, 1999; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006; Woodberry & Popenoe, 2008), it seems that this knowledge has little impact on the practice of clinicians. Many studies have stressed the importance of three aspects of the therapeutic alliance in adolescent treatment success: agreement on goals, agreement on tasks and relation development (Karver et al., 2006; Zack, Castonguay, & Boswell, 2007). Our results show that treatment orientation and agreement on tasks were overlooked in the case of adolescents who dropped out of treatment. This

omission is particularly damaging to the treatment commitment of adolescents with poor insight coerced into entering the care setting.

Furthermore, failure to adapt the care setting to the needs of adolescents with BPD and to evaluate the clinician's disposition to treat raises various questions. After all, it is well recognised that the symptoms associated with BPD can give rise to an intense and unstable therapeutic process and can expose therapists to a heavy emotional load (Paré-Miron, 2010). The feeling of not having the proper competence, as well as difficulty tolerating risk for acting-out behaviour, are inherent to the experience of therapists working with patients with BPD (Bodner, Cohen-Fridel, & Iancu, 2010; Cleary, Siegfried, & Walter, 2002). Our results show that lack of clear protocols for managing problem behaviours exacerbates a clinician's feelings of helplessness and underscore the risk of not considering the clinician's disposition to treat at time of being paired with a adolescent with BPD.

Seeing how dropout vulnerabilities are detectable before the beginning of treatment, it is surprising that they are not systematically examined before services are offered. The initial clinical assessment should include an evaluation of treatment acceptability for the family. Perhaps the fact that health services are free in Canada fosters the tendency to overlook such aspects. Clinicians may take for granted that universal access is sufficient to ensure treatment participation. An exhaustive assessment of vulnerabilities before starting treatment could be beneficial. Our results suggest also that clinical manifestations of BPD, which are generally already assessed as they are the reason for consulting, paradoxically represent potential obstacles to treatment completion. They constitute both the problem to solve and an obstacle to problem resolution. Considering them as treatment barriers might help care setting provide interventions better adapted to these youths. Other obstacles are generally less often assessed. These include perception of mental illness and mental healthcare and help-seeking context. Addressing these during treatment preparation could have a positive effect on the treatment commitment of families.

Study limitations

First, though three male adolescents with BPD were solicited to participate in the study, none agreed. It is possible that they would have presented distinct dropout patterns. In addition, only one treating team participated in this study. It would have been preferable if other clinics with different intervention modes had taken part as well.

Finally, it needs to be underscored that our research design was not intended to compare the effectiveness of different therapeutic approaches in keeping adolescents in treatment. The care-setting responses found in our study to be conducive to treatment termination are not associated with any one treatment approach in particular. The processes at play seem to be common to all therapeutic models. Consequently, caution must be exercised in interpreting our results. To this end, we have sought to report as much information as possible to allow the reader to determine the extent to which the results might be transferable to other contexts.

In conclusion, the dropout vulnerabilities specific to these young people that we identified in this study represent points of reference to help care settings put in place the conditions to foster treatment completion. Our results also demonstrate the pertinence of conceptualising treatment dropout as a process. They suggest that the synergy between dropout vulnerabilities and care-setting failure to address them leads to early treatment termination or weakens treatment commitment. Even if follow-up has started, many other complications to treatment can still emerge. A better understanding of the impact of this failure on the onset of treatment complications in adolescents with BPD could shed light on the processes specific to late dropout.

References

- Anderson, C. A., & Collier, J. A. (1999). Managing poor adherence to medication in children and adolescent. *Clinical child psychology and psychiatry*, 4, 393.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder : mentalization-based treatment*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2010). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 52(5), 548-555. doi: S0010-440X(10)00171-9 [pii]
1 0.1016/j.comppsy.2010.10.004
- Burns, C. D., Cortell, R., & Wagner, B. M. (2008). Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8), 948-957.
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 68(2), 297-306.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage publications.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs*, 11(3), 186-191.
- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 11(1), 59-67. doi: 10.1089/104454601750143465
- Halaby, K. S. (2004). *Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents*. (Halaby, Kimelle S.: Rutgers The State U New Jersey, Graduate School Of Applied And Professional Psychology, US). Repéré à <http://www.il.proquest.com/umi/> (2004-99024-161)
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Ment Health Serv Res*, 7(1), 35-51.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev*, 26(1), 50-65. doi: S0272-7358(05)00115-7 [pii]
10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(8), 1051-1062.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Ment Health Serv Res*, 2(1), 27-40.

- King, C. A., Hovey, J. D., Brand, E., Wilson, R., & Ghaziuddin, N. (1997). Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(1), 85-93. doi: S0890-8567(09)63703-5 [pii]
10.1097/00004583-199701000-00021
- Leckman, J. F., Sholomskas, D., Thompson, W. D., Belanger, A., & Weissman, M. M. (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*, 39(8), 879-883.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2(3), 183-198.
- Oetzel, K. B., & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215-225. doi: 10.1037/0033-3204.40.3.215
- Paré-Miron, V. (2010). *La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite avec conduites suicidaires* (Université de Montréal, Montréal).
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lonnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(3), 329-336.
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. (1999). How Do People Come to Use Mental Health Services? Current Knowledge and Changing Perspectives. Dans Horwitz A.V. & Scheid T.L. (dir.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (p. 392-411): Cambridge University Press.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 106-113. doi: S0890-8567(09)64777-8 [pii]
10.1097/00004583-199301000-00016
- Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Gillis, J. R., Graae, F., Trautman, P., Cantwell, C., . . . Shaffer, D. (1995). Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *J Consult Clin Psychol*, 63(3), 469-473.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., & Feldman, J. (1999). Treatment adherence among Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 29(4), 319-331.
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis*, 179(3), 153-156.
- Rusch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., . . . Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 39(4), 497-503. doi: S0005-7916(08)00011-6 [pii]
10.1016/j.jbtep.2007.11.006
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P., & Mitrani, V. B. (2003). Integrative Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the Challenges of Treating

- Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 251-264. doi: 10.1037/0033-3204.40.4.251
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 169(5), 484-490. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11091378
- Sommers-Flanagan, J., Richardson, B. G., & Sommers-Flanagan, R. (2011). A Multi-Theoretical, Evidence-Based Approach for Understanding and Managing Adolescent Resistance to Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 41, 69-80.
- Spirito, A., Lewander, W. J., Levy, S., Kurkjian, J., & Fritz, G. (1994). Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr Emerg Care*, 10(1), 6-12.
- Trautman, P. D., Stewart, N., & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 89-94.
- Viale-Val, G., Rosenthal, R. H., Curtiss, G., & Marohn, R. C. (1984). Dropout from adolescent psychotherapy: a preliminary study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23(5):562-8, 1984 Sep.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy With Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cognitive and behavioral practice*, 15(3), 277-286.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288.

5.3 DEUXIÈME ARTICLE DE LA THÈSE

Le désengagement du traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite : rôle du dispositif de soins

Lyne Desrosiers^{1,2,3}, Micheline Saint-Jean¹, Jean-Jacques Breton^{1,2,3}

¹ Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

² Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal, Québec, Canada

³ Clinique des troubles de l'humeur, Programme des troubles affectifs, Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Québec, Canada

RÉSUMÉ

Les conséquences d'un abandon de traitement chez l'adolescent présentant un trouble de personnalité limite (TPL) peuvent être sérieuses considérant la récurrence de leurs conduites suicidaires. Cet article présente une partie des résultats d'une étude qualitative visant à élaborer un modèle explicatif des processus qui sous-tendent l'instabilité du mode de consultation de cette population clinique. Il traite spécifiquement de l'impact du dispositif de soins sur l'émergence de complications conduisant au désengagement du traitement. Une méthode de théorisation ancrée constructiviste utilisant un devis de recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués a été utilisée. Trois niveaux d'analyse ont été adoptés 1) l'adolescent, 2) la famille et 3) le dispositif de soin. Les résultats suggèrent que certaines complications conduisant au désengagement du traitement découlent de défaillances du dispositif de soins à suffisamment considérer les vulnérabilités à l'abandon des adolescents avec TPL et de leurs parents lors de la planification du traitement. D'abord, des perceptions négatives, soit à l'égard du type de traitement, du soignant ou du fait même d'être en traitement amènent une activation émotionnelle autant chez l'adolescent que chez le parent. Ces émotions induisent ensuite des attitudes contre-productives évoluant éventuellement vers des comportements francs de désengagement. Ces complications se succèdent suivant une

séquence qui scande la progression de l'engagement vers le désengagement au traitement. En conclusion, la prise en compte des problèmes d'accessibilité, une préparation au traitement adéquate, et l'attention portée à la disposition à traiter du soignant pourraient réduire les complications conduisant au désengagement de ces jeunes et éventuellement à l'abandon de traitement.

L'abandon de traitement est un phénomène répandu en pédopsychiatrie (Kazdin & Wassell, 2000). Bien que de nombreuses études se soient déjà penchées sur ce problème clinique (Abella & Manzano, 2000), il n'existe à peu près pas de recherches visant à mieux cerner ce phénomène chez l'adolescent avec trouble de personnalité limite (TPL), et cela malgré sa prévalence. En effet, des études où l'abandon de traitement figure parmi les indicateurs d'efficacité de programmes auprès de cette population clinique rapportent des taux d'environ 40 % (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen, Germano et al., 2008; Rathus & Miller, 2002; Schuppert, Giesen-Bloo, van Gemert, Wiersema, Minderaa, Emmelkamp, & Nauta, 2009).

Les conséquences d'un abandon de traitement chez ce groupe d'adolescent peuvent cependant être sérieuses considérant que la récurrence des conduites suicidaires est un des principaux symptômes de cette pathologie, que l'absence de traitement chez les personnes atteintes d'un TPL augmente le risque d'une nouvelle tentative (Pfeffer, Klerman, Hurt, Kakuma, Peskin, & Siefker, 1993; Soloff & Chiappetta, 2012) et que le risque de suicide complété est plus élevé dans les premières phases de la maladie (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005).

Quelques études se sont par contre intéressées aux déterminants de l'abandon de traitement chez l'adolescent suicidaire. Cependant, leurs résultats quant à l'association avec le diagnostic ne permettent pas d'obtenir des conclusions définitives. En effet, certaines ont trouvé moins d'abandons chez les adolescents suicidaires plus sévèrement déprimés (Granboulan, Roudot-Thoraval, Lemerle, & Alvin, 2001; Ottino, 1995; Taylor & Stansfeld, 1984) tandis que d'autres tendent plutôt à démontrer la relation inverse (Pelkonen, Marttunen, Laippala, & Lonnqvist, 2000), ou suggèrent l'absence d'association entre ces variables (Burns, Cortell, & Wagner, 2008; Trautman, Stewart, & Morishima, 1993). Les conclusions sont toutes aussi divergentes concernant l'association avec un trouble anxieux chez les adolescents suicidaires. Dans l'étude de Rotheram-Borus (1999), ces jeunes ont adhéré plus difficilement au traitement tandis que Halaby (Halaby, 2004) n'a trouvé aucune corrélation.

Bien que le TPL ait été associé aux décès par suicide à l'adolescence, et qu'il constitue le trouble de la personnalité le plus significativement associé aux conduites suicidaires chez les adolescents traités en psychiatrie (Westen, Shedler, Durrett, Glass, & Martens, 2003), cette littérature ne fait qu'exceptionnellement état d'une pathologie de la personnalité chez les adolescents suicidaires. Une seule étude révèle que le nombre de symptômes du TPL est associé à un pourcentage moindre de présences aux thérapies (Halaby, 2004).

Il n'existe pas non plus de données précises sur l'influence du dispositif de soins dans le maintien au traitement des adolescents avec TPL, bien que cet aspect ait été souligné chez la population d'adulte avec TPL (Bessette, 2010; Gunderson, Frank, Ronningstam, Wachter, Lynch, & Wolf, 1989; Hummelen, Wilberg, & Karterud, 2007).

Les difficultés d'engagement des adolescents TPL peuvent considérablement compromettre les bénéfices d'un traitement efficace, sans compter le risque accru d'un suicide complété. Par ailleurs, les connaissances disponibles sur ce phénomène sont actuellement trop parcellaires pour en dégager des stratégies efficaces pour prévenir l'abandon de traitement des adolescents avec TPL. Il importe donc de mieux comprendre ce phénomène.

Une étude qualitative visant à obtenir un éclairage sur les processus qui incitent l'adolescent avec TPL à cesser son traitement a donc été réalisée. L'abandon du traitement y a été conceptualisé comme un processus évoluant de l'engagement au désengagement puis ultimement vers l'arrêt du traitement. Cet article traite d'une partie des résultats qui concernent spécifiquement l'impact du dispositif de soins sur l'émergence de complications conduisant au désengagement du traitement.

MÉTHODE

Une méthode de théorisation ancrée constructiviste a été privilégiée afin d'appréhender le caractère subjectif de l'expérience du traitement des différents participants (Charmaz, 2000; Glaser & Strauss, 1967). S'appliquant à l'étude de phénomènes relevant de processus, elle conduit à l'élaboration d'une théorisation

validée par les faits tels que vécus par les participants. Un devis de recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués (adolescent, parent, dispositif de soins) a été retenu afin d'appréhender l'ensemble des déterminants associés à l'abandon ainsi que le réseau de relations entre eux. Un échantillonnage théorique et une stratégie de falsification ont également été utilisés pour confronter les hypothèses émergeant en cours d'analyse. La triangulation des sources (trois types d'informateurs documentant le même événement) et la triangulation des analyses (trois revues sceptiques par les pairs) ont permis d'augmenter la crédibilité des résultats.

Description des cas et des informateurs

Parmi les vingt cas éligibles pour participer à la recherche, douze ont pu être inclus (Figure 6). De ce nombre, neuf se sont soldés par l'abandon d'un adolescent avec TPL. Dans le cadre de la stratégie de falsification, deux cas de traitement complété d'adolescents avec TPL (cas 7 et 11) et un cas d'abandon chez un adolescent déprimé sans TPL, mais néanmoins suicidaire (cas 12) ont également été inclus dans l'étude. De plus, les cas 1 et 2 réfèrent à deux épisodes de soins distincts du même adolescent. Finalement, deux cas concernent des adolescents qui ont refusé de collaborer à l'étude, mais qui ont néanmoins accepté que leurs parents et leur thérapeute y participent (cas 8 et 9) (Tableau 8). La sélection de cas issus de différentes approches thérapeutiques ne visait pas à comparer leurs impacts respectifs sur l'abandon de traitement, mais bien à obtenir un échantillon représentant la plus vaste gamme de manifestations du phénomène d'abandon. Une posture athéorique quant aux modèles thérapeutiques a intentionnellement été adoptée lors des analyses afin de dégager les processus généraux impliqués dans les abandons de traitement. Les jeunes présentant un retard mental, un trouble envahissant du développement, des symptômes psychotiques ou maniaques ont été exclus de la recherche.

Afin de documenter les douze cas, trente-quatre entrevues ont été réalisées auprès de trois groupes d'informateurs (adolescents avec conduites suicidaires, parent, soignants impliqués dans leur suivi). Neuf adolescents de 13 à 17 ans, douze parents et treize soignants ont ainsi participé à l'étude (Tableau 9).

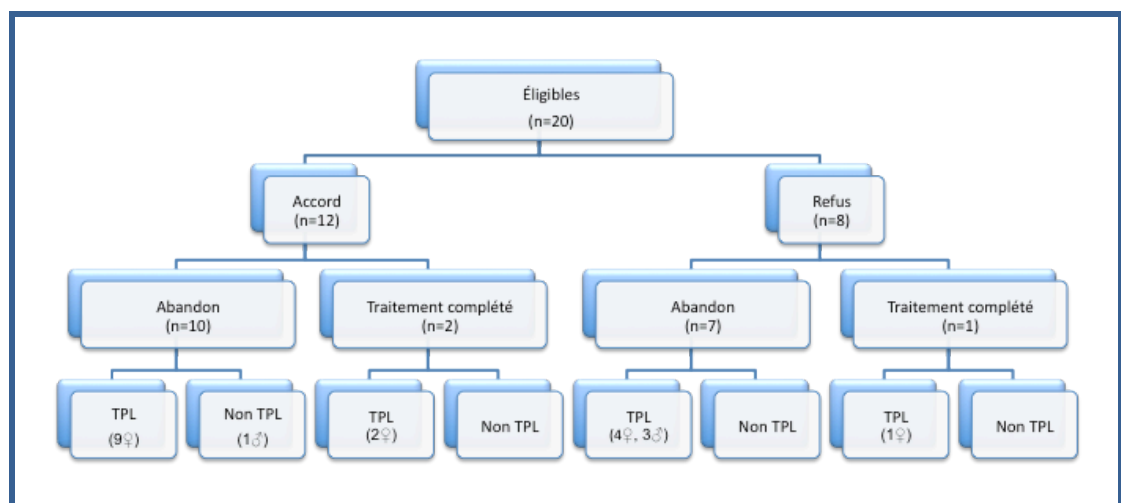


Figure 6: Échantillonnage des cas

Tableau 8: Description des cas (n=12)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12
Abandon	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
TPL		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Genre		♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♂
Âge	13	16	14	13	16	14	16	15	16	17	17	17
Famille	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Reconstitué	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Biparental	Biparental	Biparental	Reconstitué	Biparental
Traitement	TCD-A ¹ partiel	Non spécifique	Non spécifique	Psycho dynamique	TCD-A partiel	TCD-A partiel	TCD-A complet	TCD-A partiel	TCD-A complet	Psycho dynamique	Psycho dynamique	Thérapie médiatisée
Modalités	Individuel Groupe	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel
Durée du suivi	6 mois	8 mois	9 mois	4 mois	7 mois	4 mois	1 an	5 mois	6 mois	9 mois	9 mois	2 mois

¹TCD-A : Thérapie comportementale dialectique pour les adolescents

Tableau 9: Description des informateurs (n=34)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12	
Informateurs:													34
Adolescents	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	9
Parents	Mère		Tuteurs	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère, Père	12
Soignants	Inf ²		Erg ³ , T.S. ⁴	Psy ⁵	Psy	Psy	T.S.	T.S.	Psy	Psy, Inf	Psy	Erg	13

²Inf : Infirmier, ³Ergs : Ergothérapeute, ⁴T.S. : Travailleur social, ⁵Psy : Psychologue

La sélection de cas issus de différentes approches thérapeutiques ne visait pas à comparer leurs impacts respectifs sur l'abandon de traitement, mais bien à obtenir un échantillon représentant la plus vaste gamme de manifestations du phénomène d'abandon. Une posture athéorique quant aux modèles thérapeutiques a intentionnellement été adoptée lors des analyses afin de dégager les processus généraux impliqués dans les abandons de traitement.

Procédures

Les adolescents et les parents ont été recrutés d'un à huit mois après l'abandon du traitement reçu à une clinique traitant des troubles de l'humeur sévères d'un service de pédopsychiatrie d'une région urbaine du Québec. La définition opérationnelle de l'abandon du traitement retenu a été celle basée sur le jugement du soignant tel que décrit par Wierzbicki & Pekarik (1993). L'abandon était donc établi lorsque tous les professionnels impliqués dans le suivi de l'adolescent considéraient que les deux conditions suivantes étaient présentes, indépendamment de la durée du suivi: 1) l'adolescent avait abandonné unilatéralement son traitement à l'encontre de l'opinion clinique des soignants 2) un suivi demeurerait indiqué considérant que des symptômes importants du TPL étaient encore présents. Comme tous les adolescents traités à cette clinique, chaque cas a d'abord été évalué selon un protocole standardisé d'évaluation multidisciplinaire avant de commencer le traitement (examen psychiatrique, K-SADS, BDI, DIB-R, habitudes de vie, évaluation sociale et ergothérapique). Le diagnostic de TPL, obtenu à partir du *Best estimate* (Kosten & Rounsaville, 1992; Leckman, Sholomskas, Thompson, Belanger, & Weissman, 1982), avait été communiqué à l'adolescent et au parent. Les soignants ont été sollicités seulement après l'obtention du consentement du jeune et du parent. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique du service de l'institution où s'est tenue la recherche. Un formulaire de consentement distinct a été élaboré pour les trois catégories de informateurs.

Des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès des adolescents, de leurs parents et des professionnels impliqués dans le traitement par trois cliniciens expérimentés et le premier auteur (LD). Les adolescents et les parents ont répondu à

des questions ouvertes concernant leur expérience de demande d'aide, leur point de vue sur le traitement et les raisons d'abandon. Ils ont également été interrogés sur les aspects qui auraient pu améliorer leur engagement et prévenir l'abandon du traitement. Les professionnels quant à eux ont été invités à décrire le processus de la fin du traitement, leurs interventions pour prévenir l'abandon et leurs hypothèses sur les facteurs impliqués. Ils ont également été invités à partager leurs sentiments à l'égard de l'abandon de leur patient, et leurs idées pour améliorer l'engagement de ces familles. Les données relatives aux trois niveaux d'analyse ont ainsi été recueillies auprès de chaque informateur. Les dossiers médicaux des adolescents ont également été consultés afin de vérifier la conformité du cas avec les critères d'inclusion. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Afin de saisir la tonalité émotionnelle des récits et d'en faciliter l'analyse, les transcriptions et les données audio ont été synchronisées et importées dans Atlas.ti 6.

Les entrevues des cinq premiers cas ont été soumises au codage ouvert. Une première revue sceptique des pairs a ensuite été effectuée par deux experts indépendants de l'étude. Ceux-ci ont procédé au recodage de cinquante unités phénoménologiques. Un premier accord a été obtenu pour les trois quarts des unités. La définition des catégories conceptuelles plus ambiguës a été clarifiée et un consensus a pu être obtenu. Le codage axial a ensuite permis l'intégration des trois niveaux d'analyse et a conduit à l'élaboration de nouvelles catégories conceptuelles synthétisant les points de vue des trois groupes d'informateurs. Les premières hypothèses sur le processus d'abandon ont ensuite été élaborées. Une seconde revue sceptique a été réalisée en regard de ces thèmes centraux. Les sept cas suivants ont été recrutés afin de permettre la falsification de ces hypothèses émergentes. L'ensemble des entrevues a ensuite été soumis au codage théorique. L'échantillonnage théorique et cette phase d'analyse ont été effectués selon le processus itératif d'analyse comparative constante jusqu'à la saturation théorique. Une troisième revue sceptique a été effectuée afin de repérer des phénomènes qui n'auraient pas été couverts dans le cadre des propositions théoriques finales. Celle-ci a conduit à la confirmation de la saturation théorique du modèle.

RÉSULTATS

Les cas d'abandon dénotent que certaines complications conduisant au désengagement du traitement découlent de défaillances du dispositif de soins à suffisamment prendre en compte les vulnérabilités à l'abandon des adolescents avec TPL et de leurs parents lors de la planification du traitement. Celles-ci regroupent les dimensions psychologiques, les perceptions négatives de la maladie et des soins et le contexte de demande d'aide (Desrosiers, Saint-Jean, & Breton, 2013). Ensuite, des perceptions négatives, soit à l'égard du type de traitement, du soignant ou du fait même d'être en traitement amènent une activation émotionnelle autant chez l'adolescent que chez le parent. Ces émotions induisent en second lieu des attitudes contre-productives évoluant éventuellement vers des comportements francs de désengagement (Tableau 7). Ces complications se succèdent suivant une séquence qui scande la progression de l'engagement vers le désengagement au traitement (Figure 7).

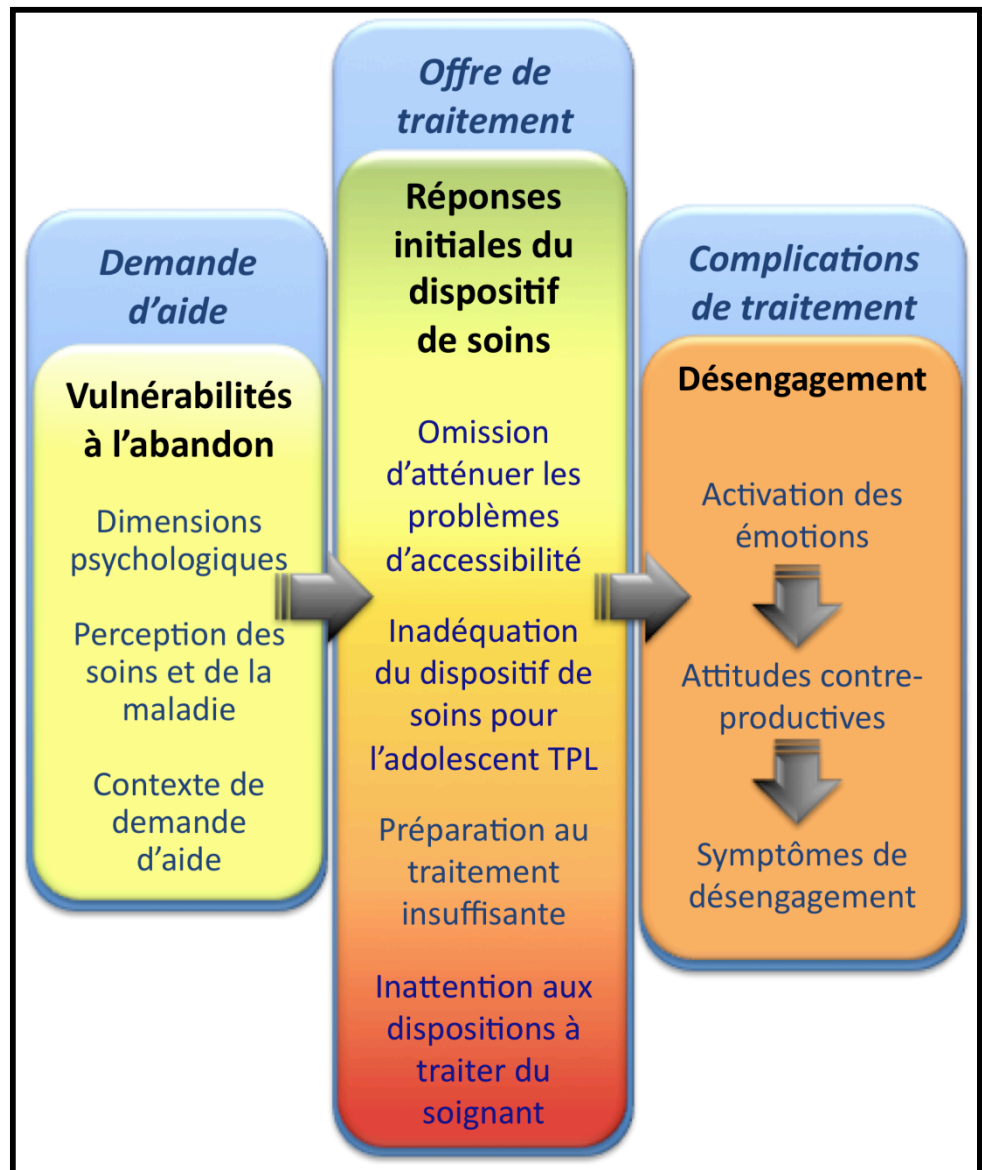


Figure 7: Processus de désengagement

Tableau 10: Complications de traitement

CATÉGORIES	DIMENSIONS
Les émotions sont activées	<i>Expériences négatives des soins</i> <i>Expériences négatives de la relation</i> <i>Expériences négatives d'être en traitement</i>
Attitudes contre-productives de l'adolescent	<i>Clivage</i> <i>Hostilité envers les soignants</i> <i>Comportements déterminés par l'humeur</i> <i>Évitement de l'expérience émotionnelle</i> <i>Compétence apparente</i> <i>Passivité active</i> <i>Rupture avec le parent</i>
Attitudes contre-productives du parent	<i>Hostilité envers les soignants</i> <i>Déresponsabilisation de l'adolescent</i> <i>Complicité au désengagement</i> <i>Soutien insuffisant</i>
Comportements de désengagement	<i>Irrégularité des présences</i> <i>Cacher des informations</i> <i>Auto gestion de la médication</i> <i>Relation instrumentalisée</i> <i>Ne pas utiliser l'aide</i> <i>Refuser l'aide</i>

Vers l'activation d'émotions négatives

a) Perceptions négatives à l'égard du traitement

Initialement portée par l'espoir d'enfin résoudre leurs problèmes, l'expérience des soins des adolescents et de leur parent se teinte graduellement d'émotions négatives. Celles-ci peuvent se manifester sous la forme de déceptions et de critiques à l'égard du traitement lui-même. Peu à peu, l'impression qu'ils ne reçoivent pas le bon traitement, qu'un autre plus approprié leur conviendrait mieux se précise. Questionnée sur l'appréciation de son suivi, cette adolescente évoque les irritants qui l'ont conduit à une perception négative de son traitement.

C'est que, pendant ma semaine, quand je vivais des émotions fortes ... là, j'avais des choses à dire et sur le moment, je voulais en parler à quelqu'un, mais je n'avais pas mon rendez-vous cette journée-là. Alors l'émotion passait et le jour du rendez-vous je n'avais plus rien à dire... Il fallait que j'attende pour aller voir ma thérapeute et lui raconter quelque chose qui s'était passé 3-4 jours avant... Pour moi ça n'avait plus aucune importance... Je me rendais bien compte que ça ne m'aidait pas d'y aller... Je faisais une heure en autobus, je restais une heure dans son bureau...elle ne disait pratiquement rien... Parler pendant une heure, j'aurais pu le faire avec mes amis... J'avais l'impression de perdre mon temps... Il me fallait quelque chose d'autre!

Cette vignette illustre comment différentes défaillances du dispositif de soins sous-tendent le développement d'une perception négative du traitement. En premier lieu, l'omission à tenir compte des problèmes d'accessibilité prédispose à l'émergence d'un ressenti désagréable face au traitement. Pour cette adolescente, le coût des déplacements apparaît trop élevé par rapport aux bénéfices d'une entrevue avec son thérapeute. De plus, les particularités psychologiques associées à l'adolescence s'ajoutant aux symptômes du TPL la rendent particulièrement

impatiente d'obtenir un soulagement. La réponse thérapeutique qui lui est proposée lui apparaît trop en décalage avec ses besoins. Les adolescents avec TPL, qui par définition arrivent difficilement à orienter leurs actions vers un but à long terme, auront ainsi rapidement l'impression que le traitement ne fonctionne pas. En l'absence de dispositions pour gérer l'intolérance aux affects douloureux entre les séances, du besoin d'immédiateté et des difficultés à différer les gratifications, cette adolescente arrive alors à la conclusion que le traitement n'est pas adéquat pour elle.

De plus, pour les non-initiés, il est difficile de saisir les mécanismes d'action du processus psychothérapeutique. Le lien entre le fait de parler d'événements passés à un thérapeute et la résolution des problèmes peut donc facilement échapper aux parents et aux adolescents si le traitement proposé n'a pas été suffisamment expliqué dans le cadre de l'orientation au traitement. Ainsi, ne saisissant pas le fonctionnement du processus thérapeutique, il devient très difficile pour cette adolescente de maintenir l'espoir que le traitement donnera éventuellement des résultats et qu'à long terme, ses bienfaits feront contrepoids aux efforts consentis.

b) Perceptions négatives à l'égard du soignant

Les perceptions négatives des adolescents et des parents peuvent aussi cibler les soignants. Les adolescents avec TPL, pour qui l'individuation est compliquée, auront du mal à maintenir le traitement s'ils perçoivent les interventions dans un rapport d'autorité plutôt que de collaboration. Or, ces perceptions surgissent lorsqu'ils ont l'impression qu'ils ont été insuffisamment intégrés au processus décisionnel lors de la planification de leur traitement. De plus, leurs craintes d'abandon, leur intolérance à la solitude, leurs difficultés de mentalisation notamment, les rendent spécialement vigilants et sensibles à la manière d'être des soignants. L'absence de réactions et les silences par exemple peuvent être perçus comme une distance relationnelle particulièrement inconfortable pour les adolescents avec TPL. Souvent sentis comme de l'hostilité, du désintérêt, voire du rejet, cette situation peut les amener à penser que le soignant ne prend pas bien soin d'eux et ils voudront l'abandonner à leur tour. Des perceptions péjoratives à l'égard de la compétence, de la personnalité, de la manière d'être ou encore des motivations du

soignant vont ainsi s'élaborer. Les adolescents avec TPL semblent demander plus que d'autres, un soin particulier pour les amener à décoder les différentes formes de communication. Plus encore, l'impossibilité de tenir compte des affinités du soignant avec ces familles lors de l'assignation des cas peut conduire à un pairage malheureux susceptible d'attiser les perceptions négatives à l'égard du soignant. Les émotions négatives qui en découlent se manifestent souvent avec la virulence d'une réaction allergique chez les adolescents avec TPL comme en témoigne cette jeune en parlant de sa thérapeute.

Elle parlait seulement avec des termes scientifiques... Elle ne pensait pas que j'étais un humain. Tout le temps avec ses grands mots !...En plus, elle n'était pas enthousiaste... Elle était bête... Je ne l'aurais pas mis thérapeute pour enfants... C'est une incompétente et je ne l'aime pas !

De même, les parents ressentiront de la frustration envers le soignant qui n'est pas arrivé à considérer leurs contraintes d'horaire et leurs autres fardeaux. Dans ce contexte, il leur sera difficile de faire confiance et de s'engager dans un traitement qui abordera leurs attitudes parentales. Cette mère évoque ici ce phénomène.

Cela me frustrait un peu parce que je me disais moi je me déplace... Je travaillais, ce n'était pas évident... Mais à chaque fois qu'on discutait de la thérapie, elle me disait : êtes-vous sûre que vous allez pouvoir être là ? J'avais beau lui répéter à chaque rencontre que oui, c'était clair pour moi que j'allais faire le nécessaire. J'avais l'impression qu'il manquait une petite confiance.

Finalement d'un autre côté, des dispositions peu favorables du soignant sont susceptibles d'induire des ratés qui activeront des émotions négatives comme en témoigne cette clinicienne.

Dans son abandon il y avait moi aussi dans l'équation... Je n'étais pas à mon meilleur avec les adolescents avec un trouble de personnalité limite ce qui fait qu'il n'y a quelque chose qui n'a pas pu

se mettre en place... Ce n'était pas naturel pour moi... Quand je parlais, elle regardait au ciel, elle me disait; je n'aime pas ton style...

c) Émotions négatives générées par le fait d'être en traitement

Une troisième manifestation de l'activation émotionnelle consiste en un vécu aversif croissant par rapport aux difficultés mêmes de recevoir de l'aide. Le traitement peut exposer brutalement les parents à toute l'ampleur des problèmes de leur enfant. Ils constateront peut-être de surcroît le désintérêt ou l'hostilité de l'adolescent à l'égard du traitement. Les parents ressentiront alors de la déception et démissionneront s'ils ont l'impression qu'ils rament seuls et que leurs sacrifices ne servent à rien. Or, une orientation au traitement où les mécanismes d'action des interventions ont été trop peu expliqués les aura privés de la compréhension des aléas prévisibles de la thérapie des adolescents avec TPL. À l'inverse, ce peut être les adolescents qui en arrivent à constater qu'ils portent seuls le traitement, que leurs parents ne s'engagent pas eux-mêmes dans un processus de changement. S'en suivront un découragement et une impuissance propice à leur propre désengagement. L'incapacité du dispositif de soins à intégrer les parents dans le traitement et à aménager les obstacles d'accessibilité liés aux horaires peut ainsi avoir un effet dévastateur sur l'engagement des adolescents, même initialement très convaincus comme l'illustrent les dires de celle-ci.

Je revenais de mes thérapies, ma mère ne me demandait pas comment ça avait été, jamais. Elle me disait; tu es assez vieille pour y aller toute seule!...Si elle avait été plus là, j'aurais continué, j'en suis certaine. J'en parlais des fois (aux soignants). Ils me disaient; il faudrait qu'on ait une entente avec ta mère.... Quand ils lui téléphonaient, elle répondait; je travaille je travaille, pas le temps...

Des émotions aux attitudes contre-productives

L'activation d'émotions négatives pavera la voie à l'apparition d'une multitude d'attitudes contre-productives pour le maintien du traitement, autant de la part des adolescents que des parents. Ainsi, des manifestations d'hostilité, de clivage

et de passivité précariseront alors davantage l'engagement. Excédé par exemple par les comportements excessifs de l'adolescent et la lourdeur des sacrifices nécessaires à son traitement, même le parent dévoué peut adopter des conduites qui perturbent la poursuite du traitement. Notamment pour les parents qui mentalisent peu et comprennent difficilement l'expérience de l'autre, il sera plus ardu de mesurer l'impact du TPL sur la capacité de leur adolescent à tolérer des désagréments. Faute d'avoir pu clarifier les attributions des parents et de les sensibiliser à l'importance de leur soutien, le soignant pourra difficilement moduler leurs attitudes contre-productives. Ces réactions des parents peuvent à leur tour être à l'origine de comportements contre-productifs chez les adolescents. Les propos de ce soignant illustrent comment cette adolescente, frustrée du désengagement de sa mère, est arrivée à adopter elle aussi une attitude contre-productive interférant avec la poursuite de son traitement.

Un jour, la mère m'a téléphoné pour me dire que sa fille ne voulait pas aller à son rendez-vous, et qu'elle avait insisté pour qu'elle y aille. Elle disait : je m'inquiète plus qu'elle. Elle ne prend pas les moyens qu'on lui donne, ce qui fait que les problèmes ne sont jamais réglés. Je ne vais pas la reconduire. Elle doit s'organiser. Ce qui fait que l'adolescente a fait deux heures de trajet pour venir à son rendez-vous. Elle était fatiguée et mécontente. C'est à ce moment-là qu'elle a commencé à lire pendant les entrevues.

Si l'hostilité des adolescents avec TPL peut compromettre le traitement, leur trop grande complaisance peut aussi représenter un obstacle à sa poursuite. Après une demande d'aide pressante, marquée par une grande détresse, les adolescents se replient parfois vers une attitude désinvolte. Ils se présentent alors plus adaptés qu'ils ne le sont réellement en banalisant les difficultés encore présentes. Cette manœuvre, soudaine et peu subtile, leur évite ce qu'ils craignent le plus, une identité de malade et l'expérience d'affect douloureux. Le lien entre cette manœuvre défensive de compétence apparente et l'abandon du traitement échappera aux adolescents qui n'ont

pas été orientés suffisamment à leur pathologie et à son traitement comme le précise éloquemment cette jeune.

Ça fait deux fois que je fais ça... Je pense être guérie, j'arrête par moi-même, sans l'avis des spécialistes et dès qu'il m'arrive quelque chose, je retombe... Les deux fois, j'ai arrêté du jour au lendemain, je me disais : enfin je suis une fille normale!... Si on regardait ça comme les spécialistes, je ne suis toujours pas guérie.

Une préparation au traitement plus complète où les motivations qui sous-tendent les choix thérapeutiques et la durée du traitement auraient été expliquées aurait sans doute pu aider cette jeune à anticiper les défis du suivi et à concevoir que telle la prise d'antibiotique, l'intervention psychologique requiert aussi d'être poursuivie au-delà la disparition des symptômes aigus.

Le début de la fin : les comportements de désengagement

Les émotions négatives et les attitudes contre-productives vont ensuite céder leurs places à des comportements franchement plus symptomatiques du désengagement. L'intensité des émotions apparaît alors s'atténuer, mais cette apparente accalmie ne présage pas moins d'un abandon imminent. Il peut s'agir par exemple de présences irrégulières aux rendez-vous, chez une famille jusque-là assidue. Il arrive aussi que le désengagement se manifeste par l'instrumentalisation de la thérapie ou du soignant. Le traitement, alors devenu formalité sans réel engagement, n'est maintenu que pour ses bénéfices secondaires comme manquer l'école ou pour montrer patte blanche face aux demandes des parents ou de la loi. Le soignant est pour sa part relégué au rang de fonctionnaire qui sert des clients, ou à celui d'un figurant interchangeable avec qui la relation est essentiellement utilitaire. Ainsi dévalués, le traitement qui ne vaut rien, et le soignant inutile peuvent être abandonnés sans remords comme le souligne ce soignant décrivant les derniers moments du suivi d'une adolescente.

Elle disait pourquoi je viendrais ici pour découvrir telle ou telle chose, je le sais déjà... Elle avait toute sorte de comportements qui

voulaient dire; tu n'es rien, tu ne sers à rien...

L'apparition de comportements d'autotraitement constitue également l'indice d'un glissement vers le désengagement. Ils peuvent prendre plusieurs visages : modifier soi-même la posologie de sa médication, décider qu'il convient mieux d'aborder tel ou tel sujet avec les amis plutôt qu'avec le soignant, ou encore carrément taire un problème et le gérer seul. Cette autonomie peut rassurer un parent, qui peine lui-même à intégrer émotionnellement les difficultés de son adolescent. C'est le cas de ce dernier qui, berné par la pseudo adaptation de sa fille, minimise la nécessité de poursuivre le suivi. En rupture avec l'équipe soignante, ce parent tait l'arrêt de la médication, devenant par le fait même complice de l'abandon.

Ma fille a réduit elle-même ses médicaments... C'est quand elle a commencé à vouloir abandonner le traitement, elle disait : je n'en prends plus... On l'a convaincu de diminuer pour ne pas arrêter d'un coup parce que ce n'est quand même pas bon... Elle a arrêté progressivement, puis elle a décidé de ne plus en prendre... Depuis qu'elle a arrêté sa médication, ça va vraiment bien, je n'ai rien à dire...

En résumé, omettre d'atténuer les problèmes d'accessibilité, de mettre en place des mécanismes adaptés à la sensibilité émotionnelle et relationnelle des adolescents avec TPL, d'offrir une préparation au traitement suffisante, et finalement de considérer les dispositions du soignant risque de conduire les adolescents et leurs parents à établir une équivalence entre les irritants du traitement et sa valeur, de susciter des émotions négatives à l'égard du soignant et d'induire une expérience subjective aliénante du traitement.

DISCUSSION

Le traitement des adolescents avec TPL requiert beaucoup de rigueur et une grande vigilance lorsque de surcroît, ils présentent des conduites suicidaires. Il faut toutefois reconnaître que les interventions des soignants sont soumises au quotidien à des contingences de productivité, d'imprévisibilité, d'urgence et de ressources

toujours insuffisantes. Les conditions pour offrir les soins se déroulent ainsi rarement dans des conditions idéales et des ratés peuvent en découler. Par ailleurs, un épisode de soins qui se termine par un abandon constitue un événement indésirable, voire un échec de traitement. Nos résultats mettent en lumière comment l'insuffisance de certaines réponses du dispositif de soins avant que ne débute le traitement, favorise l'émergence de complications qui risquent de conduire au désengagement.

Il est notoire que les symptômes associés au TPL occasionnent en eux-mêmes un déroulement intense et instable du processus thérapeutique (Hales, Yudofsky, Gabbard, & Publishing, 2008) et les échecs du traitement leur sont même souvent imputés (Rusch, Schiel, Corrigan, Leihener, Jacob, Olschewski, Lieb et al., 2008; Skodol, Buckley, & Charles, 1983; Woodberry & Popenoe, 2008). Les cas d'abandon examinés dans cette étude dénotent qu'à l'instar des adultes, le suivi des adolescents avec TPL est aussi parsemé de complications associées aux émotions et aux attitudes découlant de la symptomatologie.

Par contre, l'activation des émotions est une contingence nécessaire et incontournable du traitement de ces patients (Clarkin & Levy, 2006; Zorn, Roder, Kramer, & Pomini, 2007). Son dosage est toutefois particulièrement critique (Bateman & Fonagy, 2004; Linehan, 1993). En effet, l'abandon du traitement a été associé à l'évitement de l'expérience émotionnelle chez l'adulte présentant un TPL (Rusch et al., 2008). Cependant, notre étude suggère que l'activation émotionnelle en cours de traitement ne découle pas uniquement du processus normal de la thérapie, mais qu'elle peut également être générée par le dispositif de soins lui-même. Les émotions négatives à l'égard du traitement notamment se révèlent parfois la conséquence de problèmes réels d'accessibilité qui n'ont pu être résolus avant le début du traitement. Il est certain que les milieux cliniques ne disposent pas toujours des ressources suffisantes pour offrir des horaires étendus. En contrepartie, aborder cette question avant le traitement peut éviter de proposer des modalités de suivi irréalistes pour les familles.

Parfois, les ressources doivent répondre à une multitude de clientèles et élaborent une offre de service généraliste. Toutefois, lorsque le dispositif de soins

n'est pas suffisamment bien adapté aux besoins des adolescents avec TPL, il tend à nourrir la perception chez l'adolescent et le parent que le traitement ne soulage pas, que le soignant est incompetent ou que s'engager dans un traitement est trop difficile. Alors que d'autres jeunes s'accommodent bon an mal an des sacrifices et des contrariétés inhérents à un suivi pédopsychiatrique, l'engagement d'adolescents réactifs fléchit dès les premiers irritants.

Nous suggérons que le traitement de l'adolescent avec TPL devrait être élaboré en tentant d'inclure des expériences de gratifications afin de favoriser un bilan positif en faveur du plaisir. Cette idée ne s'inscrit toutefois pas dans la rectitude des traitements en psychiatrie, particulièrement avec cette clientèle qui a si mauvaise presse (Bodner, Cohen-Fridel, & Iancu, 2010; Cleary, Siegfried, & Walter, 2002; Paré-Miron, 2010; Pompili, Girardi, Ruberto, Kotzalidis, & Tatarelli, 2005; Stewart, Manion, & Davidson, 2002). Pourtant, lorsqu'il s'agit de soumettre la clientèle pédiatrique à des traitements physiques douloureux, la préoccupation de rendre le traitement le moins aversif possible afin d'en favoriser la poursuite paraît parfaitement légitime.

Bien que les émotions négatives envers le soignant soient pratiquement une composante générique du traitement des personnes souffrant d'un TPL, nos résultats suggèrent qu'une orientation au traitement insuffisante et l'impossibilité de tenir compte des dispositions du soignant favorisent aussi leur éclosion. Différents travaux suggèrent que l'engagement des adultes avec TPL est associé à la qualité de la communication avec le thérapeute (Gunderson et al., 1989; Meehan, 2007), que la technique du soignant joue un rôle dans l'engagement des patients avec TPL (Yeomans, Gutfreund, Selzer, Clarkin, & Hull, 1994) voire que ce sont le thérapeute et la régulation de son contre-transfert qui scellent les impasses thérapeutiques (Bessette, 2010). La sensibilité à la distance relationnelle est apparue importante dans l'activation des émotions négatives à l'égard des soignants chez les adolescents ayant abandonné. Explorant les préférences des adolescents quant à la relation avec un psychothérapeute, Binder, Moltu, Hummelsund, Sagen & Holgersson (2011) concluent que les jeunes privilégient un équilibre entre une relation de proximité et de mutualité émotionnelle et des frontières claires de l'espace thérapeutique. Bateman &

Fonagy (2004), ont par ailleurs souligné les périls d'une neutralité trop marquée du soignant. Celle-ci alimenterait des perceptions de froideur et (Killaspy, Banerjee, King, & Lloyd, 2000; Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill, & Kressel, 1997) ne favoriserait pas la mentalisation chez les adultes avec TPL. Ainsi, trouver cet équilibre entre « trop près et trop loin » se révèle plus délicat avec les adolescents avec TPL réactif, chez qui l'individuation est plus compliquée. Le développement de perceptions négatives envers un soignant pourrait sans doute être amenuisé par une orientation au traitement explicitant les balises de la relation thérapeutique. De plus, selon Binder (2011), la perception que le soignant est à l'aise dans son rôle favorise l'engagement des jeunes. Gunderson, Najavits, Leonhard, Sullivan, & Sabo (1997) soulignent que la question du pairage serait particulièrement déterminante pour l'engagement des patients souffrant d'un TPL. Or, la prise en charge des adolescents avec TPL représente un contexte plus susceptible d'affecter l'état du soignant. Le sentiment de ne pas avoir suffisamment de compétences et les difficultés de tolérer le risque de passage à l'acte sont en effet fréquents chez les soignants s'occupant de patients avec TPL (Bodner et al., 2010; Cleary et al., 2002). Les cas d'abandon montrent que de telles dispositions du soignant engendrent des complications susceptibles de conduire au désengagement des adolescents. Une plus grande prévenance à cet égard pourrait favoriser la poursuite du traitement.

S'engager dans un traitement et le poursuivre en dépit des sacrifices qu'il comporte requiert aussi qu'il ait un sens pour les familles. La compréhension du problème par les parents est reconnue pour avoir une incidence majeure sur leur propre participation à la démarche, mais aussi sur la poursuite du traitement des adolescents (Morrissey-Kane & Prinz, 1999). Les cas d'abandon analysés montrent que l'empathie et le soutien des parents étaient affectés par une méconnaissance de la pathologie de leur enfant. De plus, l'attribution d'intentionnalités péjoratives à l'égard des comportements excessifs de l'adolescent a favorisé l'adoption d'attitudes contre-productives chez eux. Leur incompréhension du problème peut ainsi entraîner une cascade d'émotions et de comportements interférant avec la poursuite du traitement si elle est insuffisamment clarifiée.

Une prise en charge amorcée dans l'urgence implique parfois l'obligation de faire quelques raccourcis. Toutefois, une orientation incomplète privera l'adolescent et le parent d'informations sur les vicissitudes du traitement. Le suivi peut ainsi s'avérer opprimant pour un jeune au tempérament impulsif s'il n'a pas été instruit des aléas normaux de son déroulement. L'éventualité attendue que l'adolescent envisagera de quitter la thérapie lorsqu'elle sera difficile pourrait notamment être discutée au moment de la préparation au traitement. Ces résultats convergent avec la recommandation de Liddle (1995) d'éviter assumer que ces familles savent d'emblée comment utiliser le traitement. Il suggère aussi qu'il est nécessaire de les socialiser à la thérapie.

Soulignons que la survenue d'obstacles en cours de traitement illustre que l'engagement initial des adolescents avec TPL et celui des parents n'est ni statique, ni une garantie, mais qu'au contraire il est soumis aux fluctuations de leurs perceptions. Ceci implique qu'il ne peut être tenu pour acquis définitivement et requiert d'être constamment pris en compte dans le travail thérapeutique. Nous suggérons que le maintien de l'engagement des adolescents avec TPL devrait constituer un objectif thérapeutique au même titre que la réduction de la symptomatologie et des problèmes de vie et être traité avec la même attention.

Les différentes limites de cette étude doivent être soulevées. En premier lieu, parmi les adolescents sollicités pour parler de leur abandon de traitement, 40 % ont décliné l'invitation qu'eux-mêmes, ou que leurs parents participent à l'étude. Certains ne souhaitaient pas se remémorer leur épisode de soins en pédopsychiatrie et d'autres exprimaient clairement le désir de ne plus avoir de contact avec le milieu de soins. Il est plausible que ces adolescents aient témoigné de processus d'abandon se démarquant de ceux décrits par les jeunes qui ont accepté de participer. De plus, le fait que les cas d'abandon examinés se sont limités à ceux de jeunes filles traitées dans une seule clinique restreint la transférabilité des résultats. Aucun des garçons avec TPL sollicités n'a accepté de participer à l'étude. Il est possible que ces jeunes se seraient inscrits dans un profil d'abandon distinct de celui retrouvé chez les filles. Les résultats demeurent toutefois pertinents puisque ce diagnostic est majoritairement posé chez des sujets féminins (Skodol & Bender, 2003). De même, les jeunes qui ont

consenti à ce que leurs parents se joignent à l'étude malgré leur refus d'y participer présentent probablement des caractéristiques qui les distinguent des autres cas. Dans la perspective de l'échantillonnage à variation maximale, l'inclusion de ces cas a pu en contrepartie enrichir les analyses. Finalement, les membres d'une seule équipe de soins ont participé à cette étude. Il aurait été souhaitable que d'autres cliniques, avec des façons de faire différentes, puissent être recrutées. Il faut aussi rappeler que le devis de cette recherche n'a pas été conçu pour comparer l'efficacité de différentes approches thérapeutiques à maintenir les adolescents en traitement. Les réponses du dispositif de soins mises en évidence se rapportent à des processus de soins généraux qui transcendent toutes les approches. La prudence s'impose quant à l'extrapolation des résultats pour juger de l'efficacité d'approches spécifiques à prévenir l'abandon de traitement. Un maximum d'informations a été livré afin de permettre aux consommateurs de la recherche de juger de la transférabilité de ses résultats à d'autres contextes.

En conclusion, la plupart des études réalisées pour comprendre l'abandon de traitement ont essentiellement privilégié l'examen des déterminants présents avant le début du traitement. Or, nos résultats suggèrent que d'autres obstacles apparaissent seulement une fois le traitement amorcé. Ces deux catégories d'obstacles au traitement pouvaient difficilement être différenciées dans une démarche où l'abandon est examiné comme un résultat. Notre étude met ainsi en lumière la pertinence d'examiner également les processus qui conduisent à l'abandon. En éclairant comment il évolue de l'engagement au désengagement et ultimement vers l'arrêt complet du traitement, d'autres déterminants de l'abandon ont ainsi pu être mis au jour.

D'autre part, les variables retenues dans les études antérieures ont été examinées le plus souvent comme si leurs impacts sur l'abandon étaient indépendants du contexte de soins. Nos résultats introduisent une conception plus dialectique de l'abandon de traitement chez l'adolescent avec TPL. Nous proposons qu'il serait plutôt la résultante d'un déséquilibre entre les vulnérabilités à l'abandon de ces familles et les réponses du dispositif de soins pour les atténuer. Ces deux considérations peuvent éclairer les résultats contradictoires obtenus jusqu'ici.

Finalement, la compréhension des processus d'abandon pourrait s'enrichir d'un regard porté sur les réponses du dispositif de soins, effectuées cette fois en aval des complications, notamment vis-à-vis les comportements francs de désengagement. Cette démarche pourrait éclairer les mécanismes en jeu lors des abandons tardifs des adolescents avec TPL.

Bibliographie

- Abella, A., & Manzano, J. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. *Schweizer Archives Für Neurologie und Psychiatry*, 151, 86-92.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder : mentalization-based treatment*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client . *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Binder, P. E., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S. H., & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychother Res*, 21(5), 554-566. doi: 10.1080/10503307.2011.587471
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2010). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 52(5), 548-555. doi: S0010-440X(10)00171-9 [pii] 10.1016/j.comppsy.2010.10.004
- Burns, C. D., Cortell, R., & Wagner, B. M. (2008). Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8), 948-957.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 193(6), 477-484. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048934
- Charmaz, K. (2000). Constructivist and objectivist grounded theory. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative research* (2nd^e éd., p. 675-694). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol*, 62(4), 405-410.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs*, 11(3), 186-191.
- Desrosiers, L., Saint-Jean, M., & Breton, J.-J. (2013). Care-setting response to dropout vulnerabilities among suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*(soumis).
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Adline Publishing Company.
- Granboulan, V., Roudot-Thoraval, F., Lemerle, S., & Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*, 104(1), 31-36.

- Gunderson, J., Najavits, L., Leonhard, C., Sullivan, C., & Sabo, A. (1997). Ontogeny of the Therapeutic Alliance in Borderline Patients. *Psychotherapy Research*, 7(3), 301-309. doi: 10.1080/10503309712331332033
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177(1), 38-42.
- Halaby, K. S. (2004). *Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents*. (Halaby, Kimelle S.: Rutgers The State U New Jersey, Graduate School Of Applied And Professional Psychology, US). Repéré à <http://www.il.proquest.com/umi/> (2004-99024-161)
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C., Gabbard, G. O., & Publishing, A. P. (2008). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. American Psychiatric Pub.
- Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, 57(1), 67-91.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Ment Health Serv Res*, 2(1), 27-40.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*, 176, 160-165.
- Kosten, T. A., & Rounsaville, B. J. (1992). Sensitivity of psychiatric diagnosis based on the best estimate procedure. *Am J Psychiatry*, 149(9), 1225-1227.
- Leckman, J. F., Sholomskas, D., Thompson, W. D., Belanger, A., & Weissman, M. M. (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*, 39(8), 879-883.
- Liddle, H. A. (1995). Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 39-58. doi: 10.1037/0033-3204.32.1.39
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*.
- Meehan, K. B. (2007). *Affective communication as a mechanism of change in the treatment of borderline personality disorder*. (3283168, City University of New York, United States -- New York). Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304883684?accountid=12543> Accessible par ProQuest Dissertations & Theses (PQDT). (MSTAR_304883684)
- Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Adolescents and Adult Substance Abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506. doi: doi:10.3109/00952999709016891
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2(3), 183-198.

- Ottino, J. (1995). [Suicidal adolescents: psychotherapy and treatment interruption. Results of a controlled study]. *Psychiatr Infant*, 38(2), 573-602.
- Paré-Miron, V. (2010). *La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite avec conduites suicidaires* (Université de Montréal, Montréal).
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lonnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(3), 329-336.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 106-113. doi: S0890-8567(09)64777-8 [pii] 10.1097/00004583-199301000-00016
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., & Tatarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med*, 12(4), 169-178. doi: 00063110-200508000-00005 [pii]
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 32(2), 146-157.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., & Feldman, J. (1999). Treatment adherence among Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 29(4), 319-331.
- Rusch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., . . . Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 39(4), 497-503. doi: S0005-7916(08)00011-6 [pii] 10.1016/j.jbtep.2007.11.006
- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents--a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother*, 16(6), 467-478. doi: 10.1002/cpp.637
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q*, 74(4), 349-360.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis*, 171(7), 405-410.
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 169(5), 484-490. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11091378
- Stewart, S. E., Manion, I. G., & Davidson, S. (2002). Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature. *J Adolesc Health*, 30(5), 312-325. doi: S1054139X01003214 [pii]
- Taylor, E., & Stansfeld, S. (1984). Children who poison themselves: II. Prediction of attendance for treatment. *British Journal of Psychiatry Vol 145 Aug 1984*, 132-135 <http://bjprcpsych.org/>.

- Trautman, P. D., Stewart, N., & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 89-94.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry*, 160(5), 952-966.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy With Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cognitive and behavioral practice*, 15(3), 277-286.
- Yeomans, F. E., Gutfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J. F., & Hull, J. W., .Smith, T.E. . (1994). Factors related to drop-outs by borderline patients. Treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res*, 3, 16-24.
- Zorn, P., Roder, V., Kramer, U., & Pomini, V. (2007). [Emotion activation in personality disorders]. *Sante Ment Que*, 32(1), 181-194. doi: 016515ar [pii]

5.4 TROISIÈME ARTICLE DE LA THÈSE

Défis du dispositif de soins face au désengagement au traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite

Lyne Desrosiers^{1,2,3}, Micheline Saint-Jean¹, Jean-Jacques Breton^{1,2,3}

¹ Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

² Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal, Québec, Canada

³ Clinique des troubles de l'humeur, Programme des troubles affectifs, Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Québec, Canada

RÉSUMÉ

Les conséquences d'un abandon de traitement chez un adolescent présentant un trouble de personnalité limite peuvent être sérieuses considérant la récurrence de leurs conduites suicidaires. Cet article présente une partie des résultats d'une étude qualitative visant à élaborer un modèle explicatif des processus qui sous-tendent l'instabilité du mode de consultation de cette population clinique. Il s'attarde spécifiquement à la phase finale du processus de désengagement au traitement. Une méthode de théorisation ancrée constructiviste utilisant un devis de recherche synthétique de cas multiples a été utilisée. Les résultats suggèrent que les abandons de traitement surviennent lorsque le dispositif de soins ne se préoccupe pas suffisamment de maintenir l'engagement, commet des impairs thérapeutiques et répond de manière paradoxale. Des interventions de maintien de l'engagement plus systématiques, la bonification du soutien apporté aux soignants et finalement une plus grande attention portée à repérer les injonctions paradoxales pourraient favoriser la poursuite du traitement de l'adolescent avec TPL.

Le taux élevé d'abandon de traitement en pédopsychiatrie est un problème bien reconnu (Kazdin & Wassell, 2000). Bien que plusieurs études se soient déjà penchées sur ce problème clinique (Abella & Manzano, 2000), les connaissances sur l'abandon de traitement des adolescents avec trouble de personnalité limite (TPL) demeurent très parcellaires. Les conséquences d'un arrêt prématuré de traitement chez cette population clinique peuvent cependant être particulièrement sérieuses, considérant que la récurrence des conduites suicidaires est un des principaux symptômes de cette pathologie, que l'absence de traitement chez ces patients augmente le risque d'une nouvelle tentative (Soloff & Chiappetta, 2012) et que le risque de suicide complété est plus élevé dans les premières phases de la maladie (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005).

Bien que les adolescents avec TPL soient de grands utilisateurs de service (Cailhol, Jeannot, Rodgers, Guelfi, Perez-Diaz, Pham-Scottez, Corcos et al., 2013), très peu d'études se sont intéressées spécifiquement à leur propension à abandonner le traitement. Les données disponibles sur leurs taux d'abandon proviennent essentiellement de recherches évaluatives de programmes où celui-ci figurait parmi les indicateurs mesurés. Ainsi, des taux d'abandon de 39 % ont été trouvés dans une étude évaluant l'efficacité du programme Emotion Regulation Training (une adaptation du Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)) (Schuppert, Giesen-Bloo, van Gemert, Wiersema, Minderaa, Emmelkamp, & Nauta, 2009) et de 38 % dans deux autres portant sur la thérapie cognitive analytique (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen, Germano et al., 2008) et la thérapie dialectique comportementale adaptée aux adolescents (TCD-A) (Rathus & Miller, 2002).

Une seule étude à notre connaissance s'est intéressée à cerner les déterminants associés à la fidélité au traitement d'adolescents présentant des comportements auto-dommageables et des symptômes du TPL (Halaby, 2004). Parmi les nombreuses variables investiguées, un manque de participation du parent et une attitude négative de ce dernier à l'égard du traitement ont été associés à moins de présence aux rencontres. Les variables familiales constituaient en fait le plus grand prédicteur de la fidélité au traitement des adolescents, représentant 21 % de la variance. De plus, bien

que la corrélation soit plus modeste, un plus grand nombre de symptômes du TPL a significativement été associé à moins de présence au rendez-vous.

Outre les variables associées aux particularités de l'adolescent et du parent, la contribution du dispositif de soins pourrait aussi éclairer l'abandon de traitement des l'adolescent avec TPL. Jusqu'ici les recherches sur l'abandon l'ont conceptualisé essentiellement comme un résultat (en traitement ou en abandon) ce qui n'a pas permis de considérer des déterminants qui se manifesteraient seulement au cours du traitement. Par ailleurs, une conceptualisation de l'abandon comme un processus évoluant de l'engagement au désengagement puis ultimement vers l'arrêt du traitement permettrait de telles analyses.

Cette étude qualitative a retenu cette conceptualisation de l'abandon pour obtenir un éclairage plus large sur les processus qui incitent les adolescents avec TPL à cesser leur traitement. Le présent article présente les résultats relatifs aux processus spécifiques liés au passage entre la phase de désengagement et l'abandon complet du traitement.

MÉTHODE

S'appliquant à l'étude de phénomènes relevant de processus, une méthode de théorisation ancrée constructiviste a été privilégiée (Charmaz, 2000; Glaser & Strauss, 1967). Un devis de recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués (adolescent, parent, dispositif de soins) a été retenu afin d'appréhender l'ensemble des déterminants associés à l'abandon ainsi que le réseau de relations entre eux. Un échantillonnage théorique et une stratégie de falsification ont également été utilisés pour confronter les hypothèses émergeant en cours d'analyse. La triangulation des sources (trois types d'informateurs documentant le même événement) et la triangulation des analyses (trois revues sceptiques par les pairs) ont permis d'augmenter la crédibilité des résultats.

Description des cas et des informateurs

Parmi les vingt cas éligibles pour participer à la recherche, douze ont pu être recrutés (Figure 8). De ce nombre, neuf cas se sont soldés par l'abandon d'un

adolescent avec TPL. Dans le cadre de la stratégie de falsification, deux cas de traitement complété d'adolescents avec TPL (cas 7 et 11) et un cas d'abandon chez un adolescent déprimé sans TPL, mais néanmoins suicidaire (cas 12) ont également été inclus dans l'étude. De plus, les cas 1 et 2 réfèrent à deux épisodes de soins distincts du même adolescent. Finalement, deux cas concernent des adolescents qui ont refusé de collaborer à l'étude, mais ont néanmoins accepté que leurs parents et leur thérapeute y participent (cas 8 et 9) (Tableau 11). Afin de documenter les douze cas, trente-quatre entrevues ont été réalisées auprès de trois groupes d'informateurs (adolescents avec conduites suicidaires, parent, soignants impliqués dans leur suivi). Neuf adolescents de 13 à 17 ans, douze parents et treize soignants ont ainsi participé à l'étude (Tableau 12). La sélection de cas issus de différentes approches thérapeutiques ne visait pas à comparer leurs impacts respectifs sur l'abandon de traitement, mais plutôt à représenter la plus vaste gamme des manifestations du phénomène d'abandon. Une posture athéorique quant aux modèles thérapeutiques a intentionnellement été adoptée lors des analyses afin de dégager les processus généraux impliqués dans les abandons de traitement. Les adolescents présentant un retard mental, un trouble envahissant du développement, des symptômes psychotiques ou maniaques ont été exclus de la recherche.

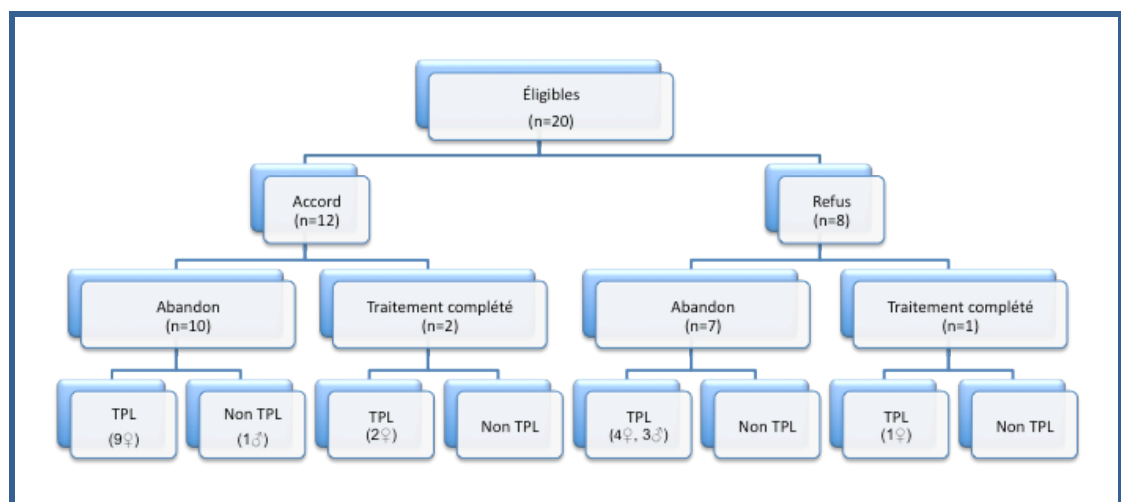


Figure 8: Échantillonnage des cas

Tableau 11: Description des cas (n=12)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12
Abandon	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
TPL		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Genre		♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♂
Âge	13	16	14	13	16	14	16	15	16	17	17	17
Famille	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Reconstitué	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Biparental	Biparental	Biparental	Reconstitué	Biparental
Traitement	TCD-A ¹ partiel	Non spécifique	Non spécifique	Psycho dynamique	TCD-A partiel	TCD-A partiel	TCD-A complet	TCD-A partiel	TCD-A complet	Psycho dynamique	Psycho dynamique	Thérapie médiatisée
Modalités	Individuel Groupe	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel
Durée du suivi	6 mois	8 mois	9 mois	4 mois	7 mois	4 mois	1 an	5 mois	6 mois	9 mois	9 mois	2 mois

¹TCD-A : Thérapie comportementale dialectique pour les adolescents

Tableau 12: Description des informateurs (n=34)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12	
Informateurs:													34
Adolescents	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	9
Parents	Mère		Tuteur	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère Père	12
Soignants	Inf ²		Erg ³ , T.S. ⁴	Psy ⁵	Psy	Psy	T.S.	T.S.	Psy	Psy, Inf	Psy	Erg	13

²Inf : Infirmier, ³Erg : Ergothérapeute, ⁴T.S. : Travailleur social, ⁵Psy : Psychologue

Procédures

Les adolescents et les parents ont été recrutés d'un à huit mois après l'abandon du traitement reçu à une clinique traitant des troubles de l'humeur sévères d'un service de pédopsychiatrie du Québec. La définition opérationnelle de l'abandon du traitement retenu a été celle basée sur le jugement du soignant tel que décrit par Wierzbicki & Pekarik (1993). L'abandon était donc établi lorsque tous les professionnels impliqués dans le suivi de l'adolescent considéraient que les deux conditions suivantes étaient présentes, indépendamment de la durée du suivi: 1) l'adolescent avait abandonné unilatéralement son traitement à l'encontre de l'opinion clinique des soignants 2) un suivi demeurerait indiqué considérant que des symptômes importants du TPL étaient encore présents. Comme tous les adolescents traités à cette clinique, chaque cas a d'abord été évalué selon un protocole standardisé d'évaluation multidisciplinaire avant de commencer le traitement. Le diagnostic de TPL, obtenu à partir du *best estimate* (Kosten & Rounsaville, 1992; Leckman, Sholomskas, Thompson, Belanger, & Weissman, 1982), avait été communiqué à l'adolescent et au parent. Les soignants ont été sollicités seulement après l'obtention du consentement du jeune et du parent. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique du service de l'institution où s'est tenue la recherche. Un formulaire de consentement distinct a été élaboré pour les trois catégories d'informateurs.

Des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès des adolescents, de leurs parents et des professionnels impliqués dans le traitement par trois cliniciens expérimentés et le premier auteur (LD). Les adolescents et les parents ont répondu à des questions ouvertes concernant leur expérience de demande d'aide, leur point de vue sur le traitement et les raisons d'abandon. Ils ont également été interrogés sur les aspects qui auraient pu améliorer leur engagement et prévenir l'abandon du traitement. Les professionnels quant à eux ont été invités à décrire le processus de la fin du traitement, leurs interventions pour prévenir l'abandon et leurs hypothèses sur les facteurs impliqués. Ils ont également été invités à partager leurs sentiments à l'égard de l'abandon de leur patient, et leurs idées pour améliorer l'engagement de ces

familles. Les données relatives aux trois niveaux d'analyse ont ainsi été recueillies auprès de chaque informateur. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Afin de saisir la tonalité émotionnelle des récits et d'en faciliter l'analyse, les transcriptions et les données audio ont été synchronisées et importées dans Atlas.ti 6.

Les entrevues des cinq premiers cas ont été soumises au codage ouvert. Une première revue sceptique des pairs a ensuite été effectuée par deux experts indépendants de l'étude. Ceux-ci ont procédé au recodage de cinquante unités phénoménologiques. Un premier accord a été obtenu pour les trois quarts des unités. La définition des catégories conceptuelles plus ambiguës a été clarifiée et un consensus a pu être obtenu. Le codage axial a ensuite permis l'intégration des trois niveaux d'analyse et a conduit à l'élaboration de nouvelles catégories conceptuelles synthétisant les points de vue des trois groupes d'informateurs. Les premières hypothèses sur le processus d'abandon ont ensuite été élaborées. Une seconde revue sceptique a été réalisée en regard de ces thèmes centraux. Les sept cas suivants ont été recrutés afin de permettre la falsification de ces hypothèses émergentes. L'ensemble des entrevues a ensuite été soumis au codage théorique. L'échantillonnage théorique et cette phase d'analyse ont été effectués selon le processus itératif d'analyse comparative constante jusqu'à la saturation théorique. Une troisième revue sceptique a été effectuée afin de repérer des phénomènes qui n'auraient pas été couverts dans le cadre des propositions théoriques finales. Celle-ci a conduit à la confirmation de la saturation théorique du modèle.

RÉSULTATS

Avant que ne survienne l'abandon de traitement, la participation des adolescents avec TPL et leur parent est souvent marquée de fluctuations. Nos résultats montrent qu'il existe un moment d'équilibre précaire entre rester en traitement et le quitter définitivement. Comment se fait ce passage entre cette phase de désengagement et l'abandon? Nos résultats suggèrent que les cas d'abandon se caractérisent pas des réponses du dispositif de soins qui ont été, soit insuffisantes pour renverser la vapeur devant le désengagement ou encore ont exacerbé celui-ci. Les défaillances mises en évidence sont la régulation insuffisante de l'engagement,

les impairs thérapeutiques, et les réponses paradoxales face au désengagement (Tableau 9).

Tableau 13: Défaillances des réponses du dispositif de soins face au désengagement

CATÉGORIES	DIMENSIONS
Régulation de l'engagement	<i>Insuffisance d'interventions de maintien de la relation</i> <i>Insuffisance d'interventions de maintien de la satisfaction</i> <i>Insuffisance d'interventions de maintien de la participation</i>
Impairs thérapeutiques	<i>Cafouillage/maladresse</i> <i>Réaction thérapeutique négative des soignants</i>
Demandes paradoxales	<i>Être guéri pour être traité</i> <i>Devoir s'adapter à la structure des soins</i> <i>Mériter son traitement</i>

Quand le dispositif de soins ne régule pas suffisamment l'engagement

Nos résultats montrent qu'une vigie constante de l'engagement au traitement est nécessaire puisque, telle une épée de Damoclès, le risque d'abandon plane toujours chez les adolescents avec TPL. Ainsi, bien que les adolescents et les parents aient amorcé le traitement et apparaissent engagés, des obstacles à la poursuite du traitement peuvent toujours survenir. Les craintes d'abandon des adolescents avec TPL peuvent par exemple l'empêcher de dévoiler des malaises ressentis envers les soignants. De même, les parents qui ont souvent dû faire de nombreuses démarches pour obtenir de l'aide peuvent taire leurs insatisfactions de peur de compromettre un traitement enfin obtenu. Le ton des échanges avec les soignants peut alors laisser croire faussement que tout va pour le mieux. La dégradation de l'alliance demeure ainsi parfois invisible pour les soignants. Ces extraits illustrent comment adolescent et soignant peuvent présenter des lectures divergentes de l'alliance thérapeutique avant que survienne l'abandon du traitement.

L'adolescent_ *Ça faisait déjà un bon bout que je n'avais plus confiance en mon thérapeute et que je n'avais pas de relation avec lui,*

disons, quelques mois...

Le soignant_ D'abord ça a été très soudain... Elle est arrivée à un rendez-vous et elle a dit « C'est la dernière fois que je viens... Vous êtes des incompetents! » Cela a surpris tout le monde... J'étais un peu déstabilisée, surtout que la relation était bien installée, que ça avançait...

Ainsi, lorsque le soignant ne repère pas de signes de désengagement, il poursuit son intervention sans mesurer le risque d'abandon. En revanche, les cas de traitement complétés montrent que s'enquérir sans jugement de la disposition des adolescents avec TPL et de leur parent à l'égard de l'alliance thérapeutique contribue à prévenir un arrêt définitif du traitement, qu'il y ait ou non apparence de désengagement. Cette adolescente souligne comment l'initiative prise par les soignants lui a permis d'exprimer son insatisfaction et de se réengager dans sa démarche.

Ils voulaient savoir pourquoi j'avais arrêté... Puis, peut-être que je me suis sentie un peu plus en confiance d'aller leur dire comment je voyais ça... Le temps que je sache que j'allais les rencontrer, je m'étais préparée mentalement. Je leur ai dit ce que je pensais quand j'étais avec mon thérapeute, que je ne me sentais pas en confiance!

Les émotions négatives à l'égard du traitement affaiblissent également l'engagement de l'adolescent avec TPL et des parents. Les cas d'abandon mettent en évidence l'insuffisance d'interventions pour discuter de leur satisfaction. À nouveau, ce résultat pointe l'importance de maintenir une vigilance constante du niveau d'engagement. Par ailleurs, il est apparu que lorsque les adolescents ou les parents osent exprimer leurs mécontentements, les soignants tendent parfois à considérer leurs récriminations comme des résistances au traitement. Bien que l'ambition de surmonter celles-ci soit souvent justifiée, cette seule perspective peut empêcher les soignants de considérer d'autres obstacles. De plus, lorsque le traitement se trouve dans une impasse, l'insistance à maintenir les modalités de suivi tel quel démobilise

considérablement les familles. Commentant sur les circonstances d'abandon, les propos de ce soignant et de cette adolescente illustrent comment leurs divergences de point de vue sur la cause du désengagement n'ont pas permis les ajustements nécessaires à la poursuite du traitement.

Le soignant_ Elle aurait aimé avoir des moyens quand la crise arrive... Je lui ai expliqué que ma manière de travailler ce n'était pas comme ça... Mais pour elle, il y avait une dimension d'immédiateté qu'elle n'obtenait pas dans mon aide... J'ai essayé de lui faire voir que peut-être cela parlait d'elle... elle était particulièrement résistante...

L'adolescente_ Moi, je voulais une approche qui ne fait pas seulement m'écouter... J'en ai parlé à mon thérapeute, mais ça n'a rien changé... Il essayait de désamorcer la situation en m'expliquant comment il travaillait et il continuait à faire les choses de la même façon...

La lourdeur et les sacrifices nécessaires à la poursuite du traitement ont aussi miné l'engagement des familles ayant abandonné. Accablé par de nombreux fardeaux, il apparaît sensé pour les parents de se désengager d'un traitement qui devient, pour ainsi dire, un nouveau problème plutôt qu'une solution.

Pour les adolescents avec TPL, cesser le suivi et poursuivre leur route avec leurs problèmes peut apparaître un moindre mal par rapport à maintenir un traitement exigeant qui met du temps à donner des résultats. En contrepartie, l'analyse des cas de traitement complété suggère que lorsque l'expérience des soins comporte des renforcements plus immédiats, les émotions et les attitudes vis-à-vis du traitement sont plus positives. Pour cette adolescente, se sentir écoutée, reconnue et constater des progrès tôt dans le traitement lui a permis de tolérer les irritants et de continuer malgré sa méfiance initiale.

Au début, je ne faisais pas vraiment confiance. Mais, j'ai vu que mon thérapeute m'écoutait vraiment... Il se souvenait des choses que je lui

avais dites... J'étais plus ou moins convaincue que le traitement allait fonctionner. Après la deuxième rencontre, les choses que j'ai essayées ont marché, alors je me suis dit, je vais voir le reste! Ce qui aide aussi c'est quand les professionnels nous encouragent, quand ils te disent que tu as progressé... mon copain a vu des différences, mes parents aussi!

Finalement, lorsque les absences au rendez-vous se multiplient, l'absence d'intervention des soignants représente souvent le dernier clou au cercueil. Questionnée sur les mesures prises par les soignants devant les symptômes de son désengagement, cette adolescente souligne éloquemment toute l'importance de la relance active et systématique pour les adolescents avec TPL fragilisés par des craintes d'abandon.

Quand j'ai manqué un rendez-vous, j'ai eu peur qu'ils appellent ici... J'ai vu qu'il ne s'est rien passé, qu'ils n'ont pas téléphoné, alors j'ai arrêté d'y aller. Je n'étais pas contente, dans un sens je n'avais plus d'aide... Je me suis dit, ils s'en foutent un peu... S'ils m'avaient dit, pourquoi n'es-tu pas venue, parce qu'ils s'inquiétaient peut-être, parce qu'ils se souciaient de la raison pour laquelle je n'étais pas venue? Ça aurait fait une différence... que l'on tienne à moi peut-être!

Ainsi, l'abandon sera favorisé lorsque le dispositif de soins ne se préoccupe pas assez, c'est-à-dire que les soignants ne s'enquient pas régulièrement de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction à l'égard du traitement, qu'ils ne renforcent pas suffisamment l'engagement des adolescents et des parents et qu'ils négligent de faire des relances actives. Bref, prévenir l'abandon requiert de ne jamais baisser la garde sur le maintien de l'engagement avec l'adolescent avec TPL.

Quand le dispositif de soins contribue lui-même à l'abandon

Si l'abandon peut résulter de l'insuffisance de mesures pour contrer les comportements de désengagement, le dispositif de soins peut en revanche y contribuer. Les cas d'abandon mettent en évidence que les impairs thérapeutiques

sont particulièrement pernicioux lorsque surviennent les complications de traitement chez les adolescents et les parents. Les cafouillages et les réactions thérapeutiques négatives peuvent précipiter l'abandon des adolescents avec TPL, plus sensibles à la relation.

Aux nombres des cafouillages figurent la discontinuité des soins, le bris de confidentialité, le fait de privilégier l'alliance avec le parent au détriment de celle avec l'adolescent et la gestion de cas problématique.

L'adolescent avec TPL se révèle particulièrement vulnérable aux absences du thérapeute et à l'interruption des soins. Si la continuité n'est pas maintenue, ni vu ni connu, l'adolescent cessera de venir à ses rendez-vous. Ainsi, comme le souligne cette adolescente, la négligence à faire le pont entre l'arrêt pour les vacances et la reprise du traitement a suffi pour qu'elle franchisse le dernier dénivelé entre le désengagement et l'abandon.

Étant donné que j'en avais manqué un, je n'avais pas eu le rendez-vous pour la semaine suivante... C'était pendant l'été. J'avais déjà moins envie d'y aller. Ensuite, je n'ai pas vu mon thérapeute parce qu'il était en vacances... Puis les vacances se sont passées, je n'y pensais plus, c'était comme dans mes journées normales... Comme avant, quand je n'y allais pas. Ça s'est arrêté comme ça... On se voyait plus...

Les besoins d'individuation des adolescents les font souvent osciller entre le désir d'être soutenus et celui de mettre leurs parents à distance du traitement. Lorsque le traitement se corse, une mobilisation plus importante des parents peut être nécessaire. Un bris de confidentialité ou la perception d'une alliance trop marquée du soignant avec ceux-ci peut générer une rupture du lien de confiance assez grave pour provoquer un abandon.

De plus, le traitement des adolescents avec TPL comporte souvent des transitions entre plusieurs unités de soins telles l'urgence, l'hospitalisation, et la clinique externe. Les attitudes contre-productives de l'adolescent et du parent comme le clivage ou l'hostilité conduiront fatalement à des cafouillages si le dispositif de

soins n'y répond pas adéquatement. Ainsi, lorsque les communications entre ces différents paliers de service sont difficiles et que les liaisons ne sont pas fluides, le traitement peut se terminer prématurément. Questionné sur sa compréhension de l'abandon d'une adolescente, ce soignant souligne l'impact d'une gestion de cas problématique.

Nous avons offert un traitement non thérapeutique à cette jeune, par le clivage qu'on lui a permis! Ça appartient à un problème de fonctionnement... La continuité, la cohérence entre deux équipes de traitement avec des philosophies possiblement différentes, un dispositif de soin cohérent c'est essentiel! Avec le jeune TPL, c'est un plus gros défi.

La prise en charge des adolescents avec TPL représente un contexte clinique plus susceptible d'affecter l'état du soignant. Les risques de passage à l'acte suicidaire de ces jeunes, leur hostilité ou celle de leurs parents sont des conditions propices à l'émergence d'émotions et de réactions du soignant qui peuvent interférer avec la poursuite du traitement comme le souligne ce dernier.

Ce n'est pas facile à tolérer de toujours être blâmé par les parents. Le père pouvait devenir agressif au téléphone. J'essayais de remettre les choses en perspective. Ça devient difficile à gérer la colère, alors des fois euh... On oublie de retourner ces appels-là.

Rester à l'écoute, demeurer empathique, motivé et réguler son irritation n'est pas une mince affaire pour un soignant confronté chroniquement à l'hostilité ou aux absences fréquentes des adolescents ou des parents. Il arrive que ses interventions soient dictées par des mouvements d'humeur plus que par son modèle théorique comme en fait foi l'aveu de cette soignante :

J'aurais pu être proactive pour mobiliser cette adolescente. Les rencontres étaient pénibles. Je me sentais vidée après. Honnêtement, ce n'était pas agréable de téléphoner, alors qu'elle ne venait pas. La mère trouvait toujours des excuses à sa fille pour ses absences.

En contrepartie, la sensibilité au rejet des adolescents avec TPL les rend particulièrement vulnérables aux mots et au ton choisis pour aborder les problèmes. Ces derniers peuvent décrocher du suivi si la confrontation aux problèmes n'est pas contrebalancée par suffisamment d'empathie. Enfin décidée à s'occuper de l'assiduité de l'adolescente, la soignante citée plus haut est passée du laisser-faire à une attitude plus coercitive. C'est ainsi que cette adolescente a mis fin à son traitement, heurtée que l'on évoque son manque d'engagement.

Elle me disait des choses négatives à propos de moi, je n'aimais pas ça. On parlait seulement de mes rendez-vous manqués. Elle a dit que je ne coopérais pas. Je collaborais vraiment beaucoup là, parce que je voulais de l'aide. Juste parce que je ne suis pas allée à quelques rendez-vous elle m'a carrément dit que je ne coopérais pas! Si elle m'avait dit, il y a de l'amélioration dans telle chose...

Par conséquent, lorsque le traitement se complique par des comportements de désengagement, la marge de manœuvre est mince. Une seule intervention malheureuse déterminée par l'humeur d'un soignant dépassé, le moindre cafouillage dans la prestation des soins peut être fatal. Tout au long des soins prodigués à l'adolescent avec TPL, le seuil entre la poursuite et l'abandon du traitement demeurera donc facile à franchir. Ainsi faut-il, pour les soignants, se préoccuper sans cesse de l'engagement.

Quand les réponses du dispositif de soins constituent une injonction paradoxale

Le dispositif de soins peut également répondre de manière paradoxale lorsqu'il tente de contrer le désengagement. Au lieu de remobiliser les adolescents et les parents, les mesures proposées les confrontent au contraire à une impasse. Leur seule issue est alors d'interrompre le traitement. Différentes variations sur ce thème se retrouvent dans les cas d'abandon.

La capacité d'orienter ses actions vers un but est un défi de taille pour les adolescents avec TPL. En conséquence, venir régulièrement à des rendez-vous,

respecter une posologie avec rigueur ou compléter des exercices à la maison représente une entreprise pavée d'embûches. Des manquements aux recommandations thérapeutiques sont donc prévisibles, voire attendus. Or, ces écarts sont parfois perçus comme des désobéissances ou un manque d'intérêt plutôt qu'un corollaire de la pathologie. Cette lecture conduit alors les soignants à remettre le traitement en question au lieu de tenter de résoudre ces obstacles. Les adolescents avec TPL et les parents se retrouvent ainsi devant une situation où les problèmes pour lesquels ils consultent sont précisément ceux qui les empêchent d'accéder au traitement. Cette double contrainte les amène par conséquent à cesser un suivi qui exige des ressources et des capacités dont ils ne disposent pas. Cette mère énonce ainsi le paradoxe d'une offre de service qui exige en quelque sorte « d'être déjà guéri pour accéder au traitement ».

Ils laissaient un mois d'essai à ma fille parce qu'elle s'était absentée plusieurs fois. C'était tellement radical pour un adolescent avec des traits de personnalité limite... Même les adultes avec un trouble de personnalité limite ont de la difficulté à s'orienter dans la vie. Je me disais : imaginez un adolescent... Je pensais que les professionnels comprendraient que c'était peut-être sa maladie qui expliquait qu'elle ne faisait pas ce qu'ils lui demandaient de faire... Ça ne se fait pas du jour au lendemain prendre de nouvelles habitudes. C'est à partir de là qu'elle n'était plus intéressée d'y aller...

S'il leur faut disposer d'assez de ressources pour accéder au traitement proposé, les adolescents avec TPL doivent aussi ajuster leurs problèmes à l'offre de service. Les cas d'abandon montrent que jeunes et parents se retrouvent devant une impasse lorsque l'intensité des problèmes présentés ne cadre pas avec le seuil fixé pour mobiliser une réponse thérapeutique. Ainsi, au pire de leur condition, ils doivent de surcroît moduler leur problème pour s'ajuster au dispositif de soins. Frustrés devant cette contradiction et impuissants à obtenir l'aide d'un service spécialisé, ceux-ci abandonnent par défaut. Ce paradoxe: "Trop malade pour être traité", est illustré par les propos contrastants d'un parent et d'un soignant.

Parent_ *Ma fille avait les deux bras automutilés. J'ai appelé sa thérapeute. Je m'attendais à ce qu'elle me dise; venez à l'hôpital... On m'a orientée au CLSC. Ça s'est fini comme ça. On me disait tout le temps qu'il y a beaucoup d'adolescents qui se mutilent... Je sentais que c'était banalisé. Pour moi, c'était inquiétant, et pour eux je sentais que ça ne l'était pas assez! Si la pédopsychiatrie ne peut pas aider ma fille, qui pourra l'aider?*

Finalement, une autre déclinaison de réponses paradoxales survient lorsque les adolescents ou les parents reçoivent l'injonction qu'ils doivent mériter leur traitement pour l'obtenir. Non seulement les adolescents avec TPL doivent-ils avoir déjà résolu les problèmes pour lesquels il consulte et accorder ses difficultés avec les contours de l'offre de service, mais ils doivent aussi parfois montrer patte blanche pour continuer d'avoir un traitement comme le souligne cette adolescente.

Il m'avait dit, si tu viens à tous tes rendez-vous pendant à peu près un mois, tu vas avoir ta thérapie de groupe. Sauf si tu n'es pas capable de venir pendant un mois, on ne te donnera pas ta thérapie de groupe.

Les cas d'abandon suggèrent donc que, confronté sans relâche aux assauts des émotions négatives, des attitudes contre-productives et des symptômes de désengagement des adolescents avec TPL et de leur parent, le dispositif de soins peut répondre de manière paradoxale. Bien que visant à réanimer un traitement en phase terminale, ces aménagements surprenants se révèlent au contraire l'étape ultime du processus d'abandon.

DISCUSSION

Le déroulement intense et chaotique du traitement des personnes présentant un TPL est notoire et les difficultés qui le caractérisent sont reconnues pour favoriser les impairs en cours d'intervention (Gabbard, 1993). Il a ainsi été naturel d'attribuer la responsabilité des traitements avortés aux caractéristiques cliniques de cette clientèle. Cette recherche porte un autre éclairage sur les processus impliqués dans les abandons de ces patients. Elles suggèrent que certaines défaillances du dispositif de

soins participent à l'abandon du traitement des adolescents avec TPL lorsque surviennent les complications en cours de suivi. Trois hypothèses concernant les processus d'abandon émergent des analyses.

Une première hypothèse est que certains abandons surviennent lorsque les réponses du dispositif de soins ne sont pas assez incisives pour juguler le désengagement des adolescents avec TPL et des parents. Ainsi, lorsque le monitoring des émotions associées à l'alliance thérapeutique et à la satisfaction est insuffisant, que les renforcements à l'engagement sont trop peu nombreux ou que la relance active n'est pas systématique, le désengagement évolue vers un abandon.

L'insuffisance de ces réponses relève premièrement du fait que parfois les soignants n'avaient pas reconnu les symptômes de désengagement. Cette cécité serait plus marquée lorsque l'abandon résulte d'émotions négatives à l'égard du traitement (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Todd, Deane, & Bragdon, 2003; Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010). Hunsley, Aubry, Verstervelt, & Vito (1999) ont montré à cet effet que l'insatisfaction est un motif d'abandon fréquemment évoqué par les patients alors que cette raison est rarement reconnue par les soignants. Deuxièmement, des adolescents avec TPL et les parents n'expriment pas toujours leurs malaises à l'égard de leur expérience des soins. Plus encore, la difficulté d'apprécier le niveau véritable d'engagement de ces jeunes est augmentée du fait qu'il peut fluctuer au gré des variations de leur humeur, et basculer brutalement au moindre incident. En conséquence, le risque est élevé que les symptômes de désengagement échappent au soignant et qu'aucune intervention appropriée ne soit effectuée.

Plus encore, les cas d'abandon montrent que même lorsque les adolescents et les parents exprimaient clairement des émotions négatives à l'égard des soins, leurs requêtes pour réviser les modalités de suivi ne conduisaient pas à l'adoption de réponses favorisant la poursuite du traitement. L'hypothèse souvent retenue de la résistance au traitement a empêché que d'autres explications au désengagement soient examinées, au détriment de la mise en place de mesures pour soutenir la participation. Plusieurs études ont montré que la discrimination des complications par les

psychothérapeutes se révélait souvent peu valide (Hannan, Lambert, Harmon, Nielsen, Smart, Shimokawa, & Sutton, 2005; Hill, Thompson, & Corbett, 1992; Hill, Thompson, Cogar, & Denman, 1993) particulièrement en ce qui a trait aux résistances (Pekarik & Finney-Owen, 1987). Nos résultats vont dans ce sens, confirmant que les adolescents avec TPL, les parents et les soignants avaient souvent des perceptions divergentes des motifs d'abandon. L'exploration systématique des attentes des adolescents avec TPL et de leur point de vue sur les facteurs interférant avec la poursuite du suivi semble donc nécessaire avec cette clientèle. En effet, quelle que soit la véritable explication à leur désengagement, ce seront en définitive leurs perceptions subjectives et leur humeur qui guideront leurs décisions de poursuivre ou de cesser le traitement. Ainsi, il est apparu qu'avec ces adolescents et leur parent; mieux vaut les prendre en considération et parfois céder sur ses convictions que de compromettre un suivi.

Sans constituer un filet absolu, nos résultats suggèrent qu'un monitoring proactif des émotions à l'égard de l'expérience des soins ainsi que des relances systématiques contribueraient à maintenir l'engagement des adolescents avec TPL. L'analyse de cas de traitement complété a étayé cette hypothèse en montrant que de telles mesures pouvaient remobiliser les adolescents désengagés. Or, bien que plusieurs études aient montré que la relation thérapeutique est améliorée lorsque le soignant aborde les complications de façon directe et non défensive (Chanen & McCutcheon, 2008; Foreman & Marmar, 1985; Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994) et qu'il utilise la rétroaction des patients (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Hannan et al., 2005; Hill et al., 1993; Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005), ce type d'intervention ne semble pas pratique courante. Chanen & McCutcheon (2008) proposent de se montrer souple et curieux de la perception des obstacles au traitement des jeunes patients difficiles. Les cas de traitement complété ont aussi mis en évidence que leur engagement peut être soutenu par des renforcements positifs comme la reconnaissance explicite des efforts et des progrès. Dans une étude qualitative, portant sur l'adhésion au traitement psychosocial des adolescents, l'expérience de succès a aussi été reconnue comme un facilitateur à l'engagement des adolescents (Gearing, Schwalbe, & Short, 2012). Alors que

d'autres jeunes s'accommodent des contrariétés inhérentes au suivi pédopsychiatrique, l'engagement plus fragile des adolescents impulsifs pourrait requérir que le traitement procure des gratifications plus rapidement.

La deuxième hypothèse est que certaines réponses du dispositif de soins compromettent elles-mêmes la poursuite du traitement. Il s'agit de cafouillages dans les processus de soins et des réactions thérapeutiques négatives, mises en acte dans les réponses aux complications. Ce résultat n'est pas surprenant. Il existe en effet une vaste littérature sur l'intensité des réactions contre transférentielles que suscitent les adultes souffrant d'un TPL et les dérapages qu'ils induisent (Bessette, 2010; Gabbard & Wilkinson, 1994). Il est reconnu que les soignants sont soumis à une charge émotionnelle importante, qu'ils doivent tolérer le risque de passage à l'acte (Gabbard & Wilkinson, 1994; Paré-Miron, 2010), ont fréquemment le sentiment de ne pas avoir suffisamment de compétences (Bodner, Cohen-Fridel, & Iancu, 2010; Cleary, Siegfried, & Walter, 2002), et expriment moins d'empathie envers ces patients (Fraser & Gallop, 1993). Nos résultats suggèrent que ces phénomènes se manifestent aussi avec la clientèle des adolescents avec TPL. L'examen des cas d'abandon où ces réponses défaillantes ont été mises en cause laisse croire qu'un espace permettant le soutien aux soignants et la réflexion sur le processus de soins a fait défaut lorsque le traitement des décrocheurs s'est compliqué. Ces composantes du traitement sont pourtant reconnues essentielles dans différents modèles de soins des jeunes patients présentant un TPL (Bateman & Fonagy, 2006; Chanen, McCutcheon, Germano, Nistico, Jackson, & McGorry, 2009; Miller, Rathus, & Linehan, 2007). Les difficultés de communication entre soignants, leurs craintes du jugement et les impératifs de productivité pourraient avoir compromis la mise en place de ces mesures.

La troisième hypothèse de l'abandon tardif est que, devant le désengagement des adolescents avec TPL et des parents, le dispositif de soins répond par des injonctions paradoxales. Visant à contrecarrer le désengagement, ces réponses ont plutôt l'effet de précipiter l'abandon. Bien que ce résultat ait de quoi surprendre, cette propension à répondre de manière paradoxale a été décrite chez les cliniciens aux prises avec des clientèles adultes lourdes. Dans une étude qualitative sur l'expérience

des soins psychiatriques de patients jugés difficiles, Koekkoek, van Meijel, van Ommen, Pennings, Kaasenbrood, Hutschemaekers, & Schene (2010) ont identifié des interventions dites « toxiques », c'est-à-dire défavorables au travail thérapeutique. À l'instar de nos résultats, la double contrainte figure parmi celles-ci. Leurs résultats montrent que pour obtenir de l'aide, les patients doivent mettre en évidence leurs comportements pathologiques (abus de substances, automutilation, tentatives de suicide répétées) alors que ceux-ci ne sont pas tolérés et peuvent constituer les motifs de renvoi ou de congé. Ces auteurs ont également souligné la contrainte de se conformer au seuil de réponse du dispositif.

Comment comprendre l'adoption de telles réponses chez des soignants généralement bienveillants? La recherche dans le domaine de la psychodynamique du travail pourrait apporter un éclairage sur cette question. Cette discipline a mis en lumière l'élaboration de stratégies défensives des travailleurs pour diminuer leur souffrance et maintenir leur équilibre psychologique au travail (Carpentier-Roy & Vézina, 2000). Ainsi, pour affronter sans relâche les assauts des émotions négatives, des attitudes contre-productives et du risque suicidaire, les soignants doivent pouvoir évoluer dans une organisation du travail qui tient compte de cette réalité. Les réponses paradoxales adoptées par les soignants de notre étude pourraient constituer des stratégies défensives servant de mécanismes de protection contre l'impuissance, l'angoisse d'être exposé à des situations prolongées de risque, et le stress de la surcharge de travail. Nous formulons l'hypothèse que lorsqu'ils constatent le désengagement du jeune, les réponses paradoxales leur permettraient de résoudre leur conflit d'ambivalence entre laisser le traitement évoluer vers l'abandon afin de mettre fin à ces émotions douloureuses ou le devoir de continuer à soutenir la participation de ces familles. En leur faisant porter l'odieux du traitement avorté, cette manœuvre plus ou moins consciente assurerait une sortie gracieuse préservant l'intégrité du dispositif de soins et sa capacité de poursuivre sa mission avec les autres patients. Une étude portant spécifiquement sur l'organisation du travail dans ces équipes de soins permettrait de comprendre davantage ces réponses paradoxales.

Les différentes limites de cette étude doivent être soulevées. En premier lieu, parmi les adolescents sollicités pour parler de leur abandon de traitement, près de la

moitié ont décliné l'invitation qu'eux-mêmes, ou que leurs parents participent à l'étude. Il est plausible que leurs processus d'abandon se seraient démarqués de ceux décrits par les jeunes qui ont accepté de participer. De plus, le fait que les cas d'abandon examinés se sont limités à ceux de jeunes filles traitées restreint la transférabilité des résultats. Il est possible que ces jeunes se seraient inscrits dans un profil d'abandon distinct. Les résultats demeurent toutefois pertinents puisque ce diagnostic est majoritairement posé chez des sujets féminins (Skodol & Bender, 2003). De même, les jeunes qui ont consenti à ce que leurs parents se joignent à l'étude malgré leur refus d'y participer présentent probablement des caractéristiques qui les distinguent des autres cas. Dans la perspective d'un échantillonnage à variation maximale, l'inclusion de ces cas a pu en contrepartie enrichir les analyses. Finalement, les membres d'une seule équipe de soins ont participé à cette étude. Il aurait été souhaitable que d'autres cliniques, avec des façons de faire différentes, puissent être recrutées. Il faut aussi rappeler que le devis de cette recherche n'a pas été conçu pour comparer l'efficacité de différentes approches thérapeutiques à maintenir les adolescents en traitement. Les réponses du dispositif de soins mises en évidence se rapportent à des processus de soins généraux qui transcendent toutes les approches. La prudence s'impose quant à l'extrapolation des résultats pour juger de l'efficacité d'approches spécifiques à prévenir l'abandon de traitement. Un maximum d'informations a été livré afin de permettre aux consommateurs de la recherche de juger de la transférabilité de ses résultats à d'autres contextes.

En conclusion, nous suggérons que le maintien de l'engagement de l'adolescent avec TPL devrait constituer un objectif thérapeutique au même titre que la réduction de la symptomatologie et des problèmes de vie et être traité avec la même attention. Nos résultats mettent en évidence l'importance des réponses du dispositif de soins pour le maintien de l'engagement des adolescents avec TPL. L'abandon de traitement de ces jeunes pourrait être diminué par un dispositif de soins qui reconnaît les périls inhérents au traitement de cette clientèle, se montre proactif pour résoudre les problèmes de désengagement, intègre des mécanismes de soutien aux soignants et favorise une pratique réflexive.

Bibliographie

- Abella, A., & Manzano, J. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. *Schweizer Archives Für Neurologie und Psychiatry*, 151, 86-92.
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : a practical guide*. Oxford ; Toronto: Oxford University Press.
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client . *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2010). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 52(5), 548-555. doi: S0010-440X(10)00171-9 [pii] 10.1016/j.comppsy.2010.10.004
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., . . . Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *J Pers Disord*, 27(2), 252-259. doi: 10.1521/pedi.2013.27.2.252
- Carpentier-Roy, M.-C., & Vézina, M. (2000). *Le travail et ses malentendus : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Sainte-Foy Toulouse: Presses de l'Université Laval ; Octares Éditions.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 193(6), 477-484. doi: 193/6/477 [pii] 10.1192/bjp.bp.107.048934
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2008). Engaging and managing an unwilling or aggressive young person. *MedicineToday*, 9(6), 81-83.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*, 15(3), 163-172. doi: 10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0 00131746-200905000-00002 [pii]
- Charmaz, K. (2000). Constructivist and objectivist grounded theory. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative research* (2nd^e éd., p. 675-694). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs*, 11(3), 186-191.
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 142(8), 922-926.
- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Arch Psychiatr Nurs*, 7(6), 336-341.
- Gabbard, G. O. (1993). An overview of countertransference with borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 2(1), 7-18.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of Countertransference With Borderline Patients*. American Psychiatric Press.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., & Short, K. D. (2012). Adolescent adherence to psychosocial treatment: mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychother Res*, 22(3), 317-326. doi: 10.1080/10503307.2011.653996
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Adline Publishing Company.
- Halaby, K. S. (2004). *Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents*. (Halaby, Kimelle S.: Rutgers The State U New Jersey, Graduate School Of Applied And Professional Psychology, US). Repéré à <http://www.il.proquest.com/umi/2004-99024-161>)
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. doi: 10.1002/jclp.20108
- Hill, C., Thompson, B., & Corbett, M. (1992). The Impact of Therapist Ability to Perceive Displayed and Hidden Client Reactions on Immediate Outcome in First Sessions of Brief Therapy. *Psychotherapy Research*, 2(2), 143-155. doi: 10.1080/10503309212331332914
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40(3), 278-287.
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 380-388. doi: 10.1037/h0087802
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Ment Health Serv Res*, 2(1), 27-40.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G., & Schene, A. (2010). Ambivalent connections: a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as 'difficult' by professionals. *BMC Psychiatry*, 10, 96. doi: 1471-244X-10-96 [pii]
10.1186/1471-244X-10-96

- Kosten, T. A., & Rounsaville, B. J. (1992). Sensitivity of psychiatric diagnosis based on the best estimate procedure. *Am J Psychiatry*, 149(9), 1225-1227.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 165-174. doi: 10.1002/jclp.20113
- Leckman, J. F., Sholomskas, D., Thompson, W. D., Belanger, A., & Weissman, M. M. (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*, 39(8), 879-883.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Paré-Miron, V. (2010). *La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite avec conduites suicidaires* (Université de Montréal, Montréal).
- Pekarik, G., & Finney-Owen, K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Ment Health J*, 23(2), 120-130.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 32(2), 146-157.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473-483.
- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents--a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother*, 16(6), 467-478. doi: 10.1002/cpp.637
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q*, 74(4), 349-360.
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 169(5), 484-490. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11091378
- Todd, D. M., Deane, F. P., & Bragdon, R. A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 133-147. doi: 10.1002/jclp.10123
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: a comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychother Res*, 20(4), 423-435. doi: 923103371 [pii] 10.1080/10503301003645796
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.

5.5 QUATRIÈME ARTICLE DE LA THÈSE

Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite

Lyne Desrosiers^{1,2,3}, Micheline Saint-Jean¹, Jean-Jacques Breton^{1,2,3}

¹ Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

² Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal, Québec, Canada

³ Clinique des troubles de l'humeur, Programme des troubles affectifs, Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Québec, Canada

RÉSUMÉ

Les conséquences d'un abandon de traitement chez un adolescent présentant un trouble de personnalité limite sont sérieuses considérant la récurrence de leurs conduites suicidaires. Cet article présente une partie des résultats d'une étude qualitative visant à mieux comprendre les processus qui sous-tendent l'instabilité du mode de consultation de ces jeunes. Une méthode de théorisation ancrée constructiviste utilisant un devis de recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués a été utilisée afin d'appréhender l'ensemble des déterminants associés à l'abandon ainsi que le réseau de relations entre eux. Trois niveaux d'analyse ont été adoptés 1) l'adolescent, 2) la famille et 3) le dispositif de soin.

Le Modèle de l'engagement et de l'abandon du traitement de l'adolescent avec trouble de personnalité limite (TPL) a été élaboré. Il s'agit d'un modèle séquentiel des processus conduisant à l'abandon ou à la complétion du traitement se déclinant selon cinq phases distinctes : 1) la demande d'aide, 2) un premier moment critique lors de l'offre de traitement, 3) les conséquences de l'offre de traitement, 4)

un deuxième moment critique, la zone de turbulence et 5) l'abandon tardif ou la complétion du traitement. Les propositions sur l'abandon de traitement qui découlent de ce modèle conceptuel sont discutées. Les processus qui sous-tendent les abandons hâtifs et tardifs sont abordés.

L'abandon de traitement en pédopsychiatrie est un problème bien reconnu et a déjà fait l'objet de nombreuses études dans les trois dernières décades (Kazdin & Wassell, 2000). Malgré une vaste littérature sur le sujet, les connaissances sur ce phénomène chez l'adolescent avec trouble de personnalité limite (TPL) demeurent limitées. Les conséquences d'un abandon de traitement chez les adolescents avec TPL sont pourtant sérieuses, considérant que la récurrence des conduites suicidaires est un des principaux symptômes de cette pathologie, que l'absence de traitement chez ces patients augmente le risque d'une nouvelle tentative (Pfeffer, Klerman, Hurt, Kakuma, Peskin, & Siefker, 1993; Soloff & Chiappetta, 2012) et que le risque de suicide complété est plus élevé dans les premières phases de la maladie (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005). La rareté des données sur ce problème clinique apparaît d'autant plus surprenante que l'abandon de traitement a été largement étudié chez les adultes présentant cette pathologie (Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2010) et qu'à l'instar de leurs aînés, les adolescents avec TPL se révèlent aussi de grands utilisateurs des services de santé (Cailhol, Jeannot, Rodgers, Guelfi, Perez-Diaz, Pham-Scottez, Corcos et al., 2013). Seules quelques données provenant de recherches évaluatives de programmes où l'abandon de traitement figurait parmi les indicateurs mesurés rapportent des taux d'environ 40 % (Chanen, Jackson, McCutcheon, Jovev, Dudgeon, Yuen, Germano et al., 2008; Rathus & Miller, 2002; Schuppert, Giesen-Bloo, van Gemert, Wiersema, Minderaa, Emmelkamp, & Nauta, 2009).

En contrepartie, quelques travaux ont tenté de cerner les déterminants d'abandon de traitement chez les adolescents suicidaires. La grande majorité a examiné l'impact des variables démographiques (Halaby, 2004; Piacentini, Rotheram-Borus, Gillis, Graae, Trautman, Cantwell, Garcia-Leeds et al., 1995; Trautman, Stewart, & Morishima, 1993; Viale-Val, Rosenthal, Curtiss, & Marohn, 1984), du diagnostic des jeunes (Halaby, 2004; Pelkonen, Marttunen, Laippala, & Lonnqvist, 2000; Piacentini et al., 1995; Trautman et al., 1993) et celui des parents (Burns, Cortell, & Wagner, 2008; Rotheram-Borus, Piacentini, Van Rossem, Graae, Cantwell, Castro-Blanco, & Feldman, 1999) ainsi que du type de conduites suicidaires (Pelkonen et al., 2000; Spirito, Lewander, Levy, Kurkjian, & Fritz, 1994;

Trautman et al., 1993). Cependant, les résultats de ces recherches convergent peu entre eux et ne permettent donc pas de conclure de façon définitive.

Différentes raisons peuvent être évoquées pour expliquer les difficultés à obtenir des conclusions satisfaisantes. D'abord, bien que le TPL ait été associé aux décès par suicide à l'adolescence, et qu'il constitue le trouble de la personnalité le plus significativement associé aux conduites suicidaires chez les adolescents traités en psychiatrie (Westen, Shedler, Durrett, Glass, & Martens, 2003), cette littérature ne fait qu'exceptionnellement état d'une pathologie de la personnalité chez ces jeunes.

De plus, quelques études seulement ont exploré l'association entre l'abandon et l'expérience subjective du traitement des adolescents et des parents. Bien que ces quelques études se soient limitées à faire des analyses descriptives, leurs résultats soutiennent la pertinence de poursuivre l'examen de l'abandon du traitement sous cet angle. Viale-Val (1984) a en effet trouvé que 90 % des adolescents qui n'ont pas leurs difficultés et qui étaient en désaccord avec la recommandation d'un suivi ont abandonné avant même le début du traitement. D'autres études suggèrent que les perceptions des parents à l'égard du traitement seraient associées à sa poursuite et auraient même davantage de poids que celles des adolescents suicidaires (Burns et al., 2008; Halaby, 2004). Outre les variables associées aux particularités de l'adolescent et du parent, la contribution du dispositif de soins a été peu examinée. Finalement, les recherches ont jusqu'ici conceptualisé l'abandon de traitement essentiellement comme un résultat (en traitement ou en abandon) ce qui n'a pas permis de considérer des déterminants qui se manifesteraient seulement au cours du traitement. Une conceptualisation de l'abandon comme un processus évoluant de l'engagement au désengagement puis ultimement vers l'arrêt du traitement permettrait de telles analyses.

La présente étude a retenu cette conceptualisation de l'abandon afin d'obtenir un éclairage plus large sur les processus qui incitent les adolescents avec TPL à cesser leur traitement. En raison du peu de conclusions fermes concernant les déterminants associés à l'abandon de traitement, du manque de données précises sur ce phénomène chez l'adolescent avec TPL, et en l'absence de modèles conceptuels

satisfaisants pour comprendre les processus de désengagement au traitement, cette étude qualitative s'est orientée vers une démarche d'élaboration théorique.

Cet article présente le *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL* élaboré dans le cadre de cette démarche. Des propositions explicatives des mécanismes qui sous-tendent l'instabilité du mode de consultation de ces jeunes y sont discutées à la lumière des relations entre les différentes composantes du modèle. Les processus qui sous-tendent les abandons hâtifs et tardifs sont abordés.

MÉTHODE

Une méthode de théorisation ancrée constructiviste a été privilégiée afin d'appréhender le caractère subjectif de l'expérience du traitement des différents participants (Charmaz, 2000; Glaser & Strauss, 1967). S'appliquant à l'étude de phénomènes relevant de processus, elle conduit à l'élaboration d'une théorisation validée par les faits tels que vécus par les participants. Un devis de recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués (adolescent, parent, dispositif de soins) a été retenu afin d'appréhender l'ensemble des déterminants associés à l'abandon ainsi que le réseau de relations entre eux. Un échantillonnage théorique et une stratégie de falsification ont également été utilisés pour confronter les hypothèses émergeant en cours d'analyse. La triangulation des sources (trois types d'informateurs documentant le même événement) et la triangulation des analyses (trois revues sceptiques par les pairs) ont permis d'augmenter la crédibilité des résultats.

Description des cas et des informateurs

Parmi les vingt cas éligibles pour participer à la recherche, douze ont pu être recrutés (Figure 8). De ce nombre, neuf cas se sont soldés par l'abandon d'un adolescent avec TPL. Dans le cadre de la stratégie de falsification, deux cas de traitement complété d'adolescents avec TPL (cas 7 et 11) et un cas d'abandon chez un adolescent déprimé sans TPL, mais néanmoins suicidaire (cas 12) ont également été inclus dans l'étude. De plus, les cas 1 et 2 réfèrent à deux épisodes de soins

distincts du même adolescent. Finalement, deux cas concernent des adolescents qui ont refusé de collaborer à l'étude, mais ont néanmoins accepté que leurs parents et leur thérapeute y participent (cas 8 et 9) (Tableau 11). Afin de documenter les douze cas, trente-quatre entretiens ont été réalisés auprès de trois groupes d'informateurs (adolescents avec conduites suicidaires, parent, soignants impliqués dans leur suivi). Neuf adolescents de 13 à 17 ans, douze parents et treize soignants ont ainsi participé à l'étude (Tableau 12). La sélection de cas issus de différentes approches thérapeutiques ne visait pas à comparer leurs impacts respectifs sur l'abandon de traitement, mais plutôt à représenter la plus vaste gamme des manifestations du phénomène d'abandon. Une posture athéorique quant aux modèles thérapeutiques a intentionnellement été adoptée lors des analyses afin de dégager les processus généraux impliqués dans les abandons de traitement. Les adolescents présentant un retard mental, un trouble envahissant du développement, des symptômes psychotiques ou maniaques ont été exclus de la recherche.

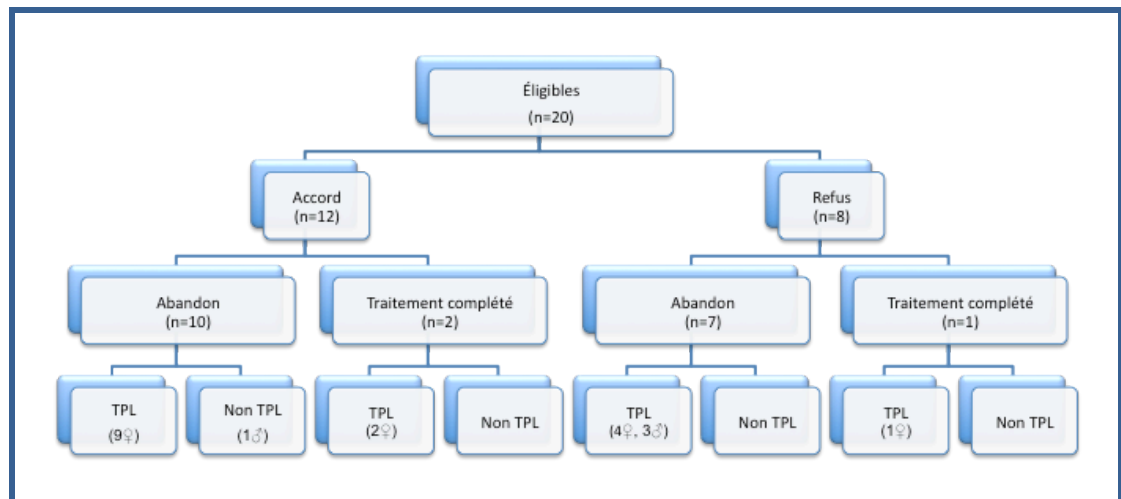


Figure 9: Échantillonnage des cas

Tableau 14: Description des cas (n=12)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12
Abandon	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
TPL		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Genre		♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♂
Âge	13	16	14	13	16	14	16	15	16	17	17	17
Famille	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Reconstitué	Mono parental	Reconstitué	Biparental	Biparental	Biparental	Biparental	Reconstitué	Biparental
Traitement	TCD-A ¹ partiel	Non spécifique	Non spécifique	Psycho dynamique	TCD-A partiel	TCD-A partiel	TCD-A complet	TCD-A partiel	TCD-A complet	Psycho dynamique	Psycho dynamique	Thérapie médiatisée
Modalités	Individuel Groupe	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel	Individuel Groupe Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel Suivi parent	Individuel
Durée du suivi	6 mois	8 mois	9 mois	4 mois	7 mois	4 mois	1 an	5 mois	6 mois	9 mois	9 mois	2 mois

¹TCD-A : Thérapie comportementale dialectique pour les adolescents

Tableau 15: Description des informateurs (n=34)

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5	CAS 6	CAS 7	CAS 8	CAS 9	CAS 10	CAS 11	CAS 12	
Informateurs:													34
Adolescents	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	9
Parents	Mère		Tuteur	Mère	Père	Mère	Père	Mère	Mère	Mère	Mère	Mère Père	12
Soignants	Inf ²		Erg ³ , T.S. ⁴	Psy ⁵	Psy	Psy	T.S.	T.S.	Psy	Psy, Inf	Psy	Erg	13

²Inf : Infirmier, ³Erg : Ergothérapeute, ⁴T.S. : Travailleur social, ⁵Psy : Psychologue

Procédures

Les adolescents et les parents ont été recrutés d'un à huit mois après l'abandon du traitement reçu à une clinique traitant des troubles de l'humeur sévères d'un service de pédopsychiatrie du Québec. La définition opérationnelle de l'abandon du traitement retenu a été celle basée sur le jugement du soignant tel que décrit par Wierzbicki & Pekarik (1993). L'abandon était donc établi lorsque tous les professionnels impliqués dans le suivi de l'adolescent considéraient que les deux conditions suivantes étaient présentes, indépendamment de la durée du suivi: 1) l'adolescent avait abandonné unilatéralement son traitement à l'encontre de l'opinion clinique des soignants 2) un suivi demeurait indiqué considérant que des symptômes importants du TPL étaient encore présents. Comme tous les adolescents traités à cette clinique, chaque cas a d'abord été évalué selon un protocole standardisé d'évaluation multidisciplinaire avant de commencer le traitement (examen psychiatrique, K-SADS, BDI, DIB-R, habitudes de vie, évaluation sociale et ergothérapique). Le diagnostic de TPL, obtenu à partir du *best estimate* (Kosten & Rounsaville, 1992; Leckman, Sholomskas, Thompson, Belanger, & Weissman, 1982), avait été communiqué à l'adolescent et au parent. Les soignants ont été sollicités seulement après l'obtention du consentement du jeune et du parent. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique du service de l'institution où s'est tenue la recherche. Un formulaire de consentement distinct a été élaboré pour les trois catégories d'informateurs.

Des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès des adolescents, de leurs parents et des professionnels impliqués dans le traitement par trois cliniciens expérimentés et le premier auteur (LD). Les adolescents et les parents ont répondu à des questions ouvertes concernant leur expérience de demande d'aide, leur point de vue sur le traitement et les raisons d'abandon. Ils ont également été interrogés sur les aspects qui auraient pu améliorer leur engagement et prévenir l'abandon du traitement. Les professionnels quant à eux ont été invités à décrire le processus de la fin du traitement, leurs interventions pour prévenir l'abandon et leurs hypothèses sur les facteurs impliqués. Ils ont également été invités à partager leurs sentiments à

l'égard de l'abandon de leur patient, et leurs idées pour améliorer l'engagement de ces familles. Les données relatives aux trois niveaux d'analyse ont ainsi été recueillies auprès de chaque participant. Les dossiers médicaux des adolescents ont également été consultés afin de vérifier la conformité du cas avec les critères d'inclusion.. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. Afin de saisir la tonalité émotionnelle des récits et d'en faciliter l'analyse, les transcriptions et les données audio ont été synchronisées et importées dans Atlas.ti 6.

Les entrevues des cinq premiers cas ont été soumises au codage ouvert. Une première revue sceptique des pairs a ensuite été effectuée par deux experts indépendants de l'étude. Ceux-ci ont procédé au recodage de cinquante unités phénoménologiques. Un premier accord a été obtenu pour les trois quarts des unités. La définition des catégories conceptuelles plus ambiguës a été clarifiée et un consensus a pu être obtenu. Le codage axial a ensuite permis l'intégration des trois niveaux d'analyse et a conduit à l'élaboration de nouvelles catégories conceptuelles synthétisant les points de vue des trois groupes d'informateurs. Les premières hypothèses sur le processus d'abandon ont ensuite été élaborées. Une seconde revue sceptique a été réalisée en regard de ces thèmes centraux. Les sept cas suivants ont été recrutés afin de permettre la falsification de ces hypothèses émergentes. L'ensemble des entrevues a ensuite été soumis au codage théorique. L'échantillonnage théorique et cette phase d'analyse ont été effectués selon le processus itératif d'analyse comparative constante jusqu'à la saturation théorique. Une troisième revue sceptique a été effectuée afin de repérer des phénomènes qui n'auraient pas été couverts dans le cadre des propositions théoriques finales. Celle-ci a conduit à la confirmation de la saturation théorique du modèle.

RÉSULTATS

Cette étude a conduit à l'élaboration de propositions explicatives sur les processus d'engagement et d'abandon des adolescents avec TPL. Un modèle conceptuel de la progression entre l'engagement, le désengagement et l'abandon ou le réengagement au traitement des adolescents avec TPL avec conduites suicidaires

a été dégagé. Celui-ci propose que la poursuite ou l'abandon du traitement constituent les aboutissements d'un processus scandé par cinq phases et déterminés par la synergie de plusieurs facteurs. Selon ce modèle, le passage entre la demande d'aide et la complétion du traitement ou son abandon tardif se déclinerait ainsi en cinq phases distinctes (Figure 10).

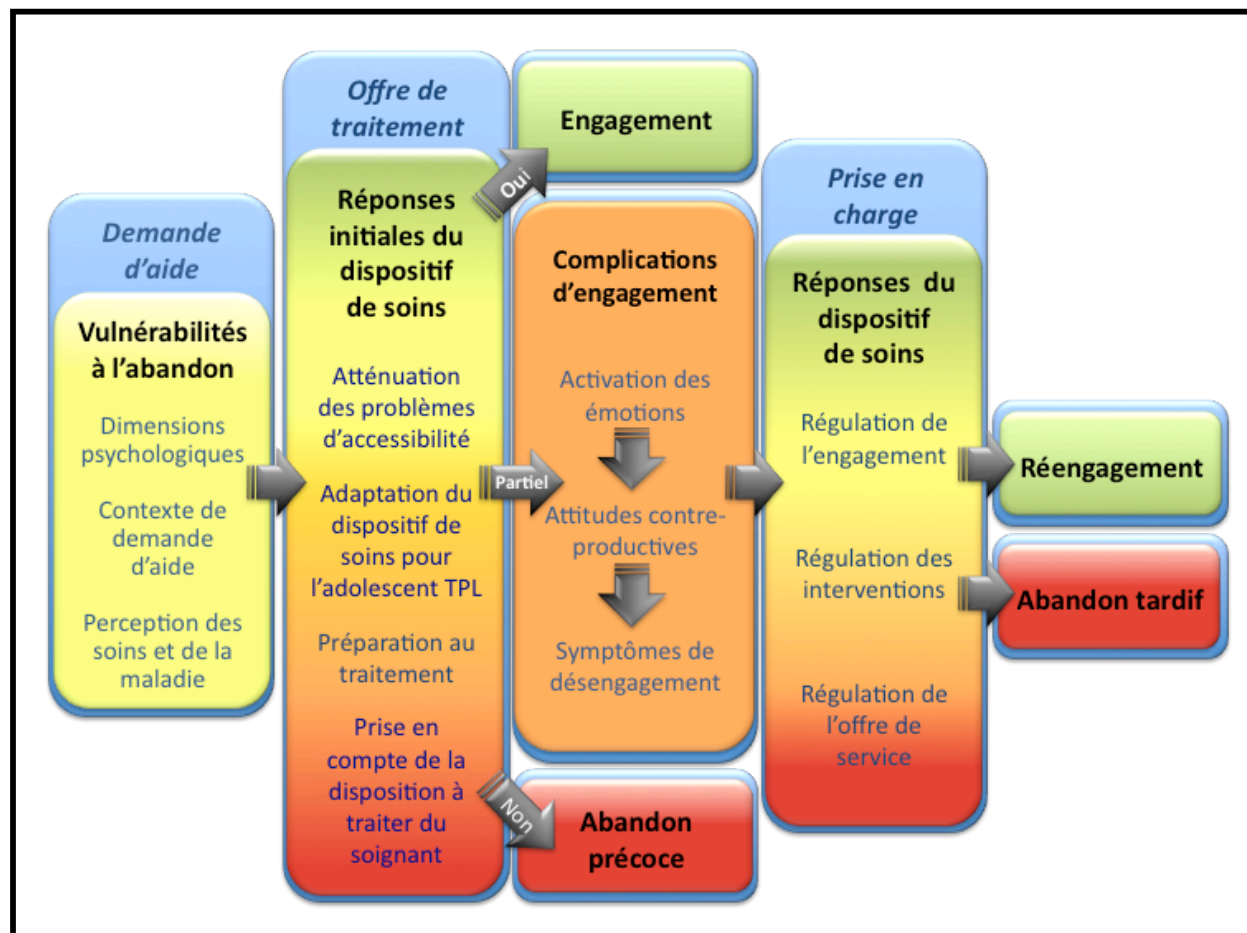


Figure 10: Phase du processus d'engagement et d'abandon de traitement des adolescents avec TPL

Chacune de ces phases comporterait des circonstances spécifiques orientant les trajectoires de soins vers des conditions favorables à la poursuite du traitement ou vers une érosion graduelle de l'engagement des adolescents avec TPL et de leurs parents. Il s'avère que deux moments de la prise en charge des adolescents avec TPL sont particulièrement critiques pour occasionner un abandon. Tel un algorithme, le modèle fait donc ressortir les différentes directions que peut emprunter le suivi de ces jeunes.

Phase 1 : Arriver en traitement avec des vulnérabilités à l'abandon

La première phase du modèle; la *Demande d'aide* est marquée par les vulnérabilités à l'abandon propres aux adolescents avec TPL avec conduites suicidaires et à leurs parents. Trois types de vulnérabilités à l'abandon ont été dégagés. D'abord, les caractéristiques psychologiques de l'adolescent; tels le besoin d'autonomie et d'individuation, le développement de l'identité, l'acquisition du contrôle pulsionnel, l'influence des pairs de même que la symptomatologie du TPL modulent son engagement. Les particularités psychologiques du parent comme des difficultés d'empathie ou de tolérance aux affects douloureux voire une psychopathologie limitent quant à elle ses capacités à comprendre les difficultés de l'adolescent, à prioriser ses besoins et conséquemment, à soutenir sa démarche de traitement. Les craintes de compromettre la relation avec l'adolescent, la surprotection ou son contraire, la surévaluation de son autonomie, posent aussi problème lorsqu'il s'agit d'offrir un soutien plus concret pour assurer la poursuite du traitement.

Les perceptions de la maladie et des soins représentent le deuxième type de vulnérabilité à l'abandon de l'adolescent et du parent. Être sceptique ou au contraire avoir des attentes irréalistes par rapport au traitement, des craintes de la maladie mentale, de la chronicité, de la stigmatisation, ainsi que des peurs associées au traitement lui-même représentent aussi les ennemis silencieux d'un suivi complété.

Finalement, un contexte de demande d'aide défavorable figure aussi au nombre des vulnérabilités à l'abandon. Autant pour l'adolescent que pour le parent,

des expériences antérieures négatives avec le système de santé, la désillusion face à cette énième consultation, la perspective de devoir renoncer à des activités jugées prioritaires, et une entrée coercitive dans les soins précarisent inévitablement l'engagement.

Phase 2 : Premier moment critique, l'offre de traitement

La demande d'aide est suivie de l'offre de traitement. Les réponses du dispositif de soins à cette étape se révèlent déterminantes pour orienter le déroulement du suivi. À la différence des traitements complétés, les réponses du dispositif de soins dans les cas d'abandon comportaient des défaillances dès cette phase. Quatre aspects de l'offre de traitement étaient en cause. D'abord la négligence à atténuer les problèmes d'accessibilité. En effet, les vulnérabilités associées au contexte de demande d'aide (problème de vie, autres responsabilités, éloignement des services) interfèrent avec la poursuite du traitement si elles ne sont considérées. Deuxièmement, le traitement sera difficilement mené à terme si le dispositif de soins ne tient pas suffisamment compte des caractéristiques psychologiques propres aux adolescents avec TPL et de leurs besoins dans la planification des services (balises de confidentialité, protocoles de gestion des comportements problématiques, intégration des parents, soutien aux soignants). La troisième défaillance se situe au niveau de la préparation au traitement. Des lacunes au niveau de l'orientation, de l'entente sur le traitement et un mauvais pairage (soignant-adolescent, soignant-parent) se retrouvaient aussi dans les cas d'abandon. Le désengagement découlait dans ce cas, d'une attention insuffisante portée aux perceptions de la maladie et des soins de l'adolescent et du parent. Finalement, l'omission de considérer la disposition à traiter du soignant constituait une autre menace à la poursuite du traitement. Celle-ci peut en effet varier dans le temps, en fonction de la lourdeur de son caseload, d'expériences récentes de suivis difficiles ou de son aisance avec la clientèle des adolescents avec TPL. Plus encore, l'inattention portée à ces autres dispositions défavorables telles; une faible tolérance aux risques, la perception de ne pas posséder les compétences nécessaires et les

prédictions négatives quant au pronostic constituaient aussi des défaillances du dispositif de soins précarisant l'engagement des adolescents avec TPL.

Phase 3 : Les conséquences de l'offre de traitement

La troisième phase du modèle correspond aux conséquences découlant des réponses du dispositif de soins lors de la planification du traitement. Ainsi, selon leur efficacité à s'adapter aux vulnérabilités à l'abandon, le parcours de l'adolescent avec TPL peut alors emprunter trois itinéraires différents.

Dans le premier scénario, les vulnérabilités à l'abandon sont prises en compte lors de la planification du traitement. L'adolescent et le parent s'engagent et le traitement progresse normalement ce qui ne veut toutefois pas dire sans difficulté. Dans le deuxième, les réponses initiales du dispositif de soins n'ont pas suffisamment considéré les vulnérabilités à l'abandon. Les obstacles à surmonter étant trop nombreux, les adolescents et les parents ne se sont pas engagés, et le traitement n'a pas été entamé.

Par ailleurs, il arrive que certains réussissent à commencer leur traitement lorsque le dispositif de soins s'est partiellement ajusté à leurs vulnérabilités. C'est à ce moment que pour certains, s'amorce le processus de désengagement malgré une certaine participation au traitement voire parfois une apparente adhésion. Peinant ainsi à demeurer mobiliser dans ce dispositif de soins qui n'a pas suffisamment tenu compte de leurs vulnérabilités à l'abandon, l'adolescent et le parent s'esquivent ainsi peu à peu du traitement dans ce troisième itinéraire. De nouveaux obstacles émergeront alors sous la forme de complications de traitement. Des perceptions négatives, soit à l'égard du type de traitement, du soignant ou du fait même d'être en traitement amènent une activation émotionnelle autant chez l'adolescent que chez le parent. Ces émotions induisent en second lieu des attitudes contre-productives évoluant éventuellement vers des comportements francs de désengagement. Ces complications se succèdent suivant une séquence qui scande la progression du désengagement au traitement.

Phase 4 : Deuxième moment critique : la zone de turbulences

Pour les adolescents et les parents inscrits dans ce troisième itinéraire, arrive un deuxième moment critique. Il s'agit de la quatrième phase du modèle, la *zone de turbulence* qui appelle de nouvelles réponses du dispositif de soins pour gérer les complications de traitement. Ce sera la seconde chance pour le dispositif de soins de retenir les adolescents avec TPL dans leur démarche thérapeutique. Les analyses suggèrent que les cas d'abandon tardif se distinguaient par des réponses qui avaient été, soit insuffisantes pour renverser la vapeur devant le désengagement ou encore, avaient exacerbé celui-ci et précipité l'abandon. Les défaillances trouvées dans les cas d'abandon se situaient à trois niveaux : l'insuffisance d'interventions pour maintenir l'engagement, l'absence de mécanismes pour prévenir les impairs thérapeutiques et l'adoption de réponses paradoxales.

Premièrement, l'abandon sera favorisé lorsque le dispositif de soins n'en fait pas assez, c'est-à-dire que les soignants ne s'enquièrent pas régulièrement de l'alliance thérapeutique et de la satisfaction à l'égard du traitement, qu'ils ne renforcent pas suffisamment l'engagement des adolescents et des parents et qu'ils négligent de faire des relances actives. En second lieu, les impairs thérapeutiques se révèlent particulièrement pernicieux pour les adolescents avec TPL, plus sensibles que d'autres clientèles au climat relationnel. En effet, les cafouillages (discontinuité de soins, bris de confidentialité, soignant faisant alliance avec le parent, case management problématique) et les réactions thérapeutiques négatives du soignant (intervention déterminée par l'humeur, désinvestissement, coercition, rigidité, invalidation) peuvent précipiter l'abandon des jeunes en processus de désengagement.

Finalement, il arrive également que le dispositif de soins réponde de manière paradoxale lorsqu'il tente de contrer le désengagement. Au lieu de remobiliser l'adolescent et le parent, les mesures proposées les confrontent au contraire à une impasse, dont la seule issue est de quitter le traitement. Différentes variations sur ce thème se retrouvent dans les cas d'abandon. D'abord, des manquements aux respects des recommandations thérapeutiques sont attendus chez l'adolescent avec

TPL. Or, ceux-ci sont parfois perçus comme des désobéissances ou un manque d'intérêt plutôt qu'un corollaire de la pathologie. Cette lecture conduit alors les soignants à remettre le traitement en question au lieu de tenter de résoudre ces obstacles. L'adolescent avec TPL et le parent se retrouvent ainsi devant une situation où les problèmes pour lesquels ils consultent sont précisément ceux qui les empêchent d'accéder au traitement. Il leur faut en quelque sorte, « être déjà guéris pour accéder au traitement ». Les cas d'abandon tardif montrent aussi que les adolescents et leur parent se retrouvent devant une impasse lorsque l'intensité des problèmes présentés ne cadre pas avec le seuil fixé pour mobiliser une réponse thérapeutique. Impuissants à obtenir l'aide d'un service spécialisé, ceux-ci abandonnent : "Trop ou pas assez malade pour être traité". Finalement, une autre déclinaison de réponses paradoxales survient lorsque l'adolescent ou le parent reçoit l'injonction qu'il doit mériter son traitement pour l'obtenir.

Phase 5 : Le réengagement ou l'abandon

Enfin, selon l'efficacité des réponses du dispositif de soins à endiguer le désengagement, deux conséquences sont possibles; le réengagement de l'adolescent avec TPL et du parent ou un abandon tardif du traitement.

En conclusion, l'abandon doit être considéré comme processus qui peut germer dès la demande d'aide. Le premier moment critique du suivi de l'adolescent avec TPL se situe lors de l'offre de service. Le niveau d'adaptation des réponses initiales du dispositif de soins aux vulnérabilités à l'abandon constitue alors un point charnière pour orienter sa démarche thérapeutique vers un processus d'engagement, d'abandon précoce ou de désengagement. Le deuxième moment critique du suivi de l'adolescent avec TPL survient lorsque se manifeste son désengagement. Le traitement se trouve alors en zone de turbulences. Contrairement au premier moment critique, celui-ci peut se situer à tout moment de la démarche thérapeutique. Cette fois, c'est l'adaptation des réponses du dispositif de soins aux complications qui détermine si le suivi se dirige vers le réengagement de l'adolescent et du parent ou vers l'abandon tardif du traitement (Figure 11).

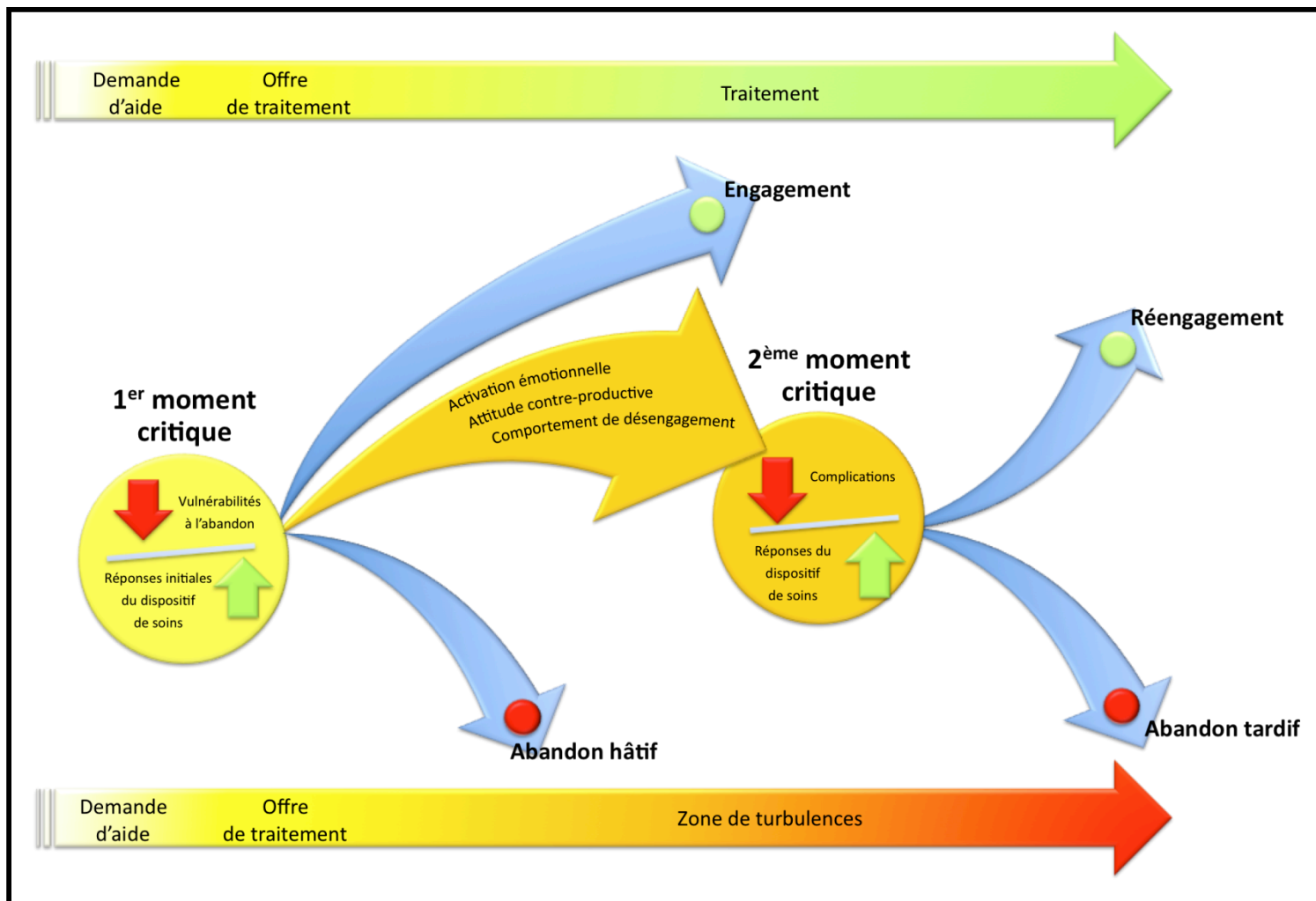


Figure 11: Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre l'instabilité du mode de consultation des adolescents avec TPL et d'identifier les processus qui les conduisent à arrêter prématurément leur traitement. La richesse des données recueillies a permis d'élaborer une théorisation plus large de l'utilisation des services de ces jeunes en intégrant aussi l'engagement. Le *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL* met en évidence les facteurs de risque d'abandon, mais aussi les conditions susceptibles de conduire à la poursuite ou à l'arrêt du traitement. Cinq propositions explicatives du mode d'utilisation des services de ces jeunes sous-tendent ce modèle.

Proposition 1 : Les vulnérabilités à l'abandon de l'adolescent avec TPL et du parent ne suffiraient pas à expliquer l'abandon du traitement

Le *Modèle de l'engagement et de l'abandon du traitement de l'adolescent avec TPL* suggère que la présence de vulnérabilités à l'abandon ne constituerait pas une condition suffisante à l'arrêt prématuré du traitement. La confrontation de cette hypothèse aux cas d'adolescents ayant poursuivi le traitement malgré la présence de ces vulnérabilités a en effet conduit à son rejet. Une seconde explication, intégrant cette fois le rôle potentiel du dispositif de soins, a été explorée. Cette démarche a mis en évidence l'impact de défaillances des réponses initiales du dispositif de soins sur le désengagement des adolescents. L'effet des vulnérabilités à l'abandon ne serait ainsi significatif que lorsque le dispositif de soins mis en place à l'amorce du traitement n'arrive pas à les atténuer.

Les difficultés des études précédentes à obtenir des résultats concluants pourraient s'expliquer par le fait que l'impact des déterminants examinés serait probablement modéré par les réponses du dispositif de soins, et que cette hypothèse n'avait pas encore été explorée.

Proposition 2 : L'abandon précoce résulterait de l'inefficacité des réponses initiales du dispositif de soins à atténuer les vulnérabilités à l'abandon

Le modèle propose que des défaillances des réponses du dispositif de soins au moment de l'offre de service seraient en cause dans les abandons précoces. Ainsi, une offre de services prenant insuffisamment compte des vulnérabilités à l'abandon confronterait l'adolescent avec TPL et le parent à des obstacles insurmontables dès le début du suivi. L'engagement ne pourrait se concrétiser dans de pareilles conditions. Les familles feraient rapidement l'équation que, leur participation au traitement ne fait pas partie de la solution, mais constitue au contraire un problème supplémentaire à résoudre. Ainsi, passée la crise aiguë associée à la demande d'aide le rapport coûts/bénéfices entre les bienfaits du traitement et les efforts à fournir pour s'engager pencherait rapidement en faveur d'un arrêt du traitement à peine amorcé. Accoutumées à vivre dans un contexte difficile, ces familles opteraient naturellement pour un retour à la situation pré-crise, malgré tous ses désavantages. Résoudre les problèmes à long terme par le biais d'un dispositif de soins mal adapté à leurs vulnérabilités serait trop onéreux autant sur le plan psychique qu'organisationnel.

Quelques études sur l'abandon de traitement en pédopsychiatrie ont distingué les abandons précoces et tardifs sur la base des caractéristiques des adolescents et des parents (Dakof, Tejeda, & Liddle, 2001; Kazdin, Mazurick, & Siegel, 1994; Pelkonen et al., 2000). Certains ont trouvé que ceux qui décrochent précocement du traitement présenteraient plus souvent un abus de substance et des problèmes avec la loi, tandis que leurs parents présenteraient un statut socio-économique précaire que ceux qui le quittent plus tardivement (Pelkonen et al., 2000). La violence familiale a aussi été associée à un échec de la référence après la tentative suicidaire (Spirito et al., 1994). Ces caractéristiques qui traduisent une plus grande intensité des problèmes vont dans le sens des vulnérabilités à l'abandon retrouvées chez les adolescents avec TPL dans notre étude.

Par ailleurs, Rotheram-Borus (1999) a trouvé au contraire que parmi les familles d'adolescentes suicidaires provenant de milieux défavorisés, celles qui présentaient plus de vulnérabilités demeuraient plus longtemps en traitement. Il faut toutefois souligner que dans cette étude, les adolescentes ont été prises en charge dans un programme conçu spécifiquement pour répondre à leurs particularités cliniques et pour augmenter leur adhésion au traitement. Il se peut donc que ces résultats divergents s'expliquent en fait par les réponses du dispositif de soins. En effet, ces familles pourraient avoir adhéré plus facilement à un modèle de soin où la prise en charge est amorcée dès la visite à l'urgence, intègre les parents, et inclut une orientation au traitement bien structurée. Cette analyse des résultats de Rotheram-Borus converge avec la proposition concernant l'impact des réponses initiale du dispositif de soins sur l'engagement des familles, mis au jour par la présente étude.

La proposition que l'abandon précoce résulte de l'inefficacité des réponses du dispositif de soins suggère donc corollairement que ceux-ci pourraient être diminués par un dispositif de soins qui fait l'évaluation systématique des vulnérabilités à l'abandon et qui en tient compte avant de procéder à l'offre de traitement.

Proposition 3 : L'inefficacité des réponses initiales du dispositif de soins à compenser les vulnérabilités à l'abandon amorce le processus de désengagement en dépit de l'acceptation initiale de l'offre de traitement

Le suivi de l'adolescent avec TPL peut aussi s'orienter vers un désengagement lorsque les réponses du dispositif de soins ne s'ajustent que partiellement aux vulnérabilités à l'abandon.

Plusieurs ont souligné l'importance de la motivation des adolescents (Oetzel & Scherer, 2003; Santisteban, Muir, Mena, & Mitrani, 2003), des parents (Attride-Stirling, Davis, Farrell, Groark, & Day, 2004; Burns et al., 2008; Halaby, 2004; Morrissey-Kane & Prinz, 1999) et des personnes atteintes d'un TPL (Soler, Trujols,

Pascual, Portella, Barrachina, Campins, Tejedor et al., 2008; Webb & McMurran, 2009) dans l'engagement et le désengagement au traitement. Le manque d'intérêt initial des adolescents et des parents de notre étude n'était pas en cause dans leur désengagement. Ils avaient tous accepté les services offerts. Leur engagement initial avait plutôt évolué vers un désintérêt une fois seulement que le traitement a été amorcé.

Les cas d'abandon plus tardifs suggèrent que les défaillances du dispositif de soins dès le moment de l'offre de traitement induiraient une première complication qui en générerait elle-même une autre. Dans cette réaction en chaîne, le désengagement s'amplifierait par un effet boule de neige. Les réponses initiales auraient donc une portée à long terme sur l'engagement des adolescents avec TPL, leurs effets se faisant sentir tout au long de leurs soins.

Proposition 4 : L'abandon tardif relèverait de l'inefficacité des réponses du dispositif de soins pour contrer le désengagement

Le déroulement intense et chaotique du traitement des personnes présentant un TPL est notoire et les difficultés qui le caractérisent sont reconnues pour favoriser les impairs en cours d'intervention (Gabbard, 1993). Il a ainsi été naturel d'attribuer la responsabilité des traitements avortés aux caractéristiques cliniques de cette clientèle. Le *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL* propose plutôt que certaines défaillances du dispositif de soins contribueraient à l'abandon tardif du traitement d'adolescents engagés jusque-là, lorsque surviennent les complications en cours de suivi.

Certains abandons surviendraient lorsque les réponses du dispositif de soins n'auraient pas été assez incisives pour juguler le désengagement de l'adolescent avec TPL et du parent. Sans constituer un filet absolu, un monitoring proactif des émotions à l'égard de l'expérience des soins, des renforcements à la participation ainsi que des relances systématiques contribueraient à maintenir l'engagement des adolescents avec TPL. L'analyse de cas de traitement complété a étayé cette

hypothèse en montrant que de telles mesures pouvaient remobiliser les adolescents avec TPL désengagés.

De plus, certaines réponses du dispositif de soins tels les cafouillages dans les processus de soins et des réactions thérapeutiques négatives des soignants compromettraient elles-mêmes la poursuite du traitement. L'examen des cas d'abandon où ces réponses ont été mises en cause suggérerait qu'un espace permettant le soutien aux soignants et la réflexion sur le processus de soins aurait fait défaut lorsque le traitement des décrocheurs s'est compliqué. Ces composantes du traitement sont pourtant reconnues essentielles dans différents modèles de soins des jeunes avec TPL (Bateman & Fonagy, 2006; Chanen, McCutcheon, Germano, Nistico, Jackson, & McGorry, 2009; Miller, Rathus, & Linehan, 2007). Les difficultés de communication entre soignants, leurs craintes du jugement et les impératifs de productivité pourraient avoir compromis la mise en place de ces mesures.

Finalement, le modèle propose que devant le désengagement de l'adolescent et du parent, le dispositif de soins répondrait par des injonctions paradoxales. Visant à contrecarrer le désengagement, ces réponses auraient plutôt l'effet de précipiter l'abandon. Bien que ce phénomène ait de quoi surprendre, cette propension a été décrite chez les cliniciens aux prises avec des clientèles de patients psychiatriques jugés difficiles (Koekkoek, van Meijel, van Ommen, Pennings, Kaasenbrood, Hutschemaekers, & Schene, 2010). Sur le plan clinique, ce résultat met en évidence la nécessité d'offrir un soutien aux soignants qui interviennent avec cette clientèle et sur l'importance d'une pratique réflexive pour maintenir leur motivation à traiter et prévenir les impairs thérapeutiques.

Proposition 5 : Deux types distincts d'obstacles seraient en cause dans l'abandon du traitement des adolescents avec TPL : les obstacles inhérents et les obstacles émergents

L'approche méthodologique de théorisation ancrée a permis d'appréhender l'abandon de traitement comme un processus évoluant de l'engagement au

désengagement et ultimement vers l'arrêt complet du traitement. Cette perspective a conduit à mettre en évidence que deux types d'obstacles interfèreraient en fait avec la complétion du traitement des adolescents avec TPL. Une telle distinction pourrait éclairer les difficultés rencontrées jusqu'ici pour diminuer les taux d'abandon.

Tout d'abord, les obstacles inhérents regrouperaient l'ensemble des vulnérabilités à l'abandon présentes avant même que le traitement ne soit débuté. En cherchant à prédire qui seraient les décrocheurs, les études réalisées auprès des adolescents suicidaires se sont limitées à faire l'examen de ce type d'obstacles. Or, d'autres interférences se manifesteraient seulement en cours de traitement. Il s'agit des obstacles émergents. Ceux-ci se rapportent aux complications de traitement qui découlent des défaillances des réponses initiales du dispositif. La survenue d'obstacles en cours de traitement indiquerait ainsi que l'engagement initial des adolescents avec TPL et des parents ne serait ni statique, ni une garantie, mais au contraire qu'il serait soumis à des fluctuations. Ceci implique qu'il ne pourrait être tenu pour acquis définitivement.

Plusieurs raisons expliqueraient qu'aucune étude à ce jour sur l'abandon en pédopsychiatrie n'avait identifié les obstacles émergents comme tels, ou ne s'était penchée sur leurs impacts. D'abord, les obstacles inhérents et émergents pouvaient difficilement être différenciés l'un de l'autre en opérationnalisant l'abandon comme résultat. D'autre part, les variables associées à l'abandon ont été examinées le plus souvent comme si leurs impacts étaient indépendants du contexte de soins. Le modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL introduit une conception plus dialectique de l'abandon de traitement chez les adolescents avec TPL. En effet, celui-ci serait plutôt la résultante d'un déséquilibre entre les vulnérabilités à l'abandon de ces familles et les réponses du dispositif de soins pour les atténuer.

La notion d'obstacles émergents pourrait avoir des retombées sur la clinique et la recherche susceptibles de diminuer les taux d'abandon. Au plan clinique, les effets des obstacles émergents sur la démobilisation des adolescents avec TPL suggèrent que le maintien de l'engagement devrait constituer un objectif

thérapeutique au même titre que la réduction de la symptomatologie et des problèmes de vie et être traité avec la même attention. De plus, de nouvelles connaissances sur l'abandon de traitement pourraient émerger de mesures des variations du niveau d'engagement en association avec les réponses du dispositif de soins et cela pendant toute la durée du traitement.

Les différentes limites de cette étude doivent être soulevées. En premier lieu, parmi les adolescents sollicités pour parler de leur abandon de traitement, 40 % ont décliné l'invitation qu'eux-mêmes, ou que leurs parents participent à l'étude. Certains ne souhaitaient pas se remémorer leur épisode de soins en pédopsychiatrie et d'autres exprimaient clairement le désir de ne plus avoir de contact avec le milieu de soins. Il est plausible que leurs processus d'abandon se seraient démarqués de ceux décrits par les jeunes qui ont accepté de participer. De plus, le fait que les cas d'abandon examinés se sont limités à ceux de jeunes filles traitées restreint la transférabilité des résultats. Aucun des garçons avec TPL sollicités n'a en effet accepté de participer à l'étude. Il est possible que ces jeunes se seraient inscrits dans un profil d'abandon distinct. Les résultats demeurent toutefois pertinents puisque ce diagnostic est majoritairement posé chez des sujets féminins (Skodol & Bender, 2003). De même, les jeunes qui ont consenti à ce que leurs parents se joignent à l'étude malgré leur refus d'y participer présentent probablement des caractéristiques qui les distinguent des autres cas. Dans la perspective d'un échantillonnage à variation maximale, l'inclusion de ces cas a pu en contrepartie enrichir les analyses. Finalement, les membres d'une seule équipe de soins ont participé à cette étude. Il aurait été souhaitable que d'autres cliniques, avec des façons de faire différentes, puissent être recrutées. Il faut aussi rappeler que le devis de cette recherche n'a pas été conçu pour comparer l'efficacité de différentes approches thérapeutiques à maintenir les adolescents en traitement. Les réponses du dispositif de soins mises en évidence se rapportent à des processus de soins généraux qui transcendent toutes les approches. La prudence s'impose quant à l'extrapolation des résultats pour juger de l'efficacité d'approches spécifiques à prévenir l'abandon de traitement. Un

maximum d'informations a été livré afin de permettre aux consommateurs de la recherche de juger de la transférabilité de ses résultats à d'autres contextes.

CONCLUSION

Le modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL met en lumière que des processus distincts caractériseraient les abandons précoces et les abandons tardifs des adolescents avec TPL. L'abandon précoce résulterait de l'échec du dispositif de soins à profiter du momentum d'une demande d'aide pourtant pressante pour engager correctement l'adolescent avec TPL et ses parents. En contrepartie, les abandons tardifs traduiraient ses défaillances à adopter des mesures correctives adéquates pour les maintenir en traitement. De plus, ce modèle identifie certaines balises précises pour engager et maintenir la participation de ces jeunes tout au long du parcours thérapeutique et jusqu'au terme du traitement.

Cette étude a mis en lumière la pertinence de considérer les variables associées à l'expérience subjective des soins et aux réponses du dispositif de soins. De recherches futures visant à mesurer l'importance relative de chacune celles-ci pourraient nous renseigner sur celles ayant le plus grand impact. De nouvelles connaissances pourraient également émerger d'études qui vérifieraient comment l'engagement varie selon les réponses du dispositif de soins et cela pendant toute la durée d'un traitement. Plus encore, une évaluation de l'efficacité des réponses du dispositif de soins identifiées dans le modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL pourrait être réalisée.

Finalement, le canevas général du modèle des processus d'engagement et d'abandon des adolescents avec TPL pourrait constituer une proposition de théorie formelle s'appliquant plus largement à d'autres clientèles et à d'autres groupes d'âge réputés pour leur difficulté à adhérer au traitement. Les processus favorisant l'engagement et ceux conduisant au désengagement et à l'abandon décrit par ce modèle pourraient être semblables. Ce dernier pourrait être évalué auprès d'autres groupes connus pour leurs difficultés à compléter le traitement.

Bibliographie

- Attride-Stirling, J., Davis, H., Farrell, L., Groark, C., & Day, C. (2004). Factors Influencing Parental Engagement in a Community Child and Adolescent Mental Health Service: A Qualitative Comparison of Completers and Non-Completers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry Vol 9(3) Jul 2004*, 347-361.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : a practical guide*. Oxford ; Toronto: Oxford University Press.
- Burns, C. D., Cortell, R., & Wagner, B. M. (2008). Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8), 948-957.
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., . . . Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *J Pers Disord*, 27(2), 252-259. doi: 10.1521/pedi.2013.27.2.252
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 193(6), 477-484. doi: 193/6/477 [pii]10.1192/bjp.bp.107.048934
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*, 15(3), 163-172. doi: 10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0 00131746-200905000-00002 [pii]
- Charmaz, K. (2000). Constructivist and objectivist grounded theory. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative research* (2nd^e éd., p. 675-694). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dakof, G. A., Tejada, M., & Liddle, H. A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(3), 274-281. doi: S0890-8567(09)60510-4 [pii]10.1097/00004583-200103000-00006
- Gabbard, G. O. (1993). An overview of countertransference with borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 2(1), 7-18.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Adline Publishing Company.
- Halaby, K. S. (2004). *Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents*. (Halaby, Kimelle S.: Rutgers The State U New Jersey, Graduate School Of

- Applied And Professional Psychology, US). Repéré à <http://www.il.proquest.com/umi/> (2004-99024-161)
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Siegel, T. C. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 549-557.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Ment Health Serv Res*, 2(1), 27-40.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G., & Schene, A. (2010). Ambivalent connections: a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as 'difficult' by professionals. *BMC Psychiatry*, 10, 96. doi: 1471-244X-10-96 [pii]10.1186/1471-244X-10-96
- Kosten, T. A., & Rounsaville, B. J. (1992). Sensitivity of psychiatric diagnosis based on the best estimate procedure. *Am J Psychiatry*, 149(9), 1225-1227.
- Leckman, J. F., Sholomskas, D., Thompson, W. D., Belanger, A., & Weissman, M. M. (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*, 39(8), 879-883.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2(3), 183-198.
- Oetzel, K. B., & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215-225. doi: 10.1037/0033-3204.40.3.215
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lonnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(3), 329-336.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 106-113. doi: S0890-8567(09)64777-8 [pii]10.1097/00004583-199301000-00016
- Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Gillis, J. R., Graae, F., Trautman, P., Cantwell, C., . . . Shaffer, D. (1995). Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *J Consult Clin Psychol*, 63(3), 469-473.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 32(2), 146-157.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., & Feldman, J. (1999). Treatment adherence among

- Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 29(4), 319-331.
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P., & Mitrani, V. B. (2003). Integrative Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the Challenges of Treating Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 251-264. doi: 10.1037/0033-3204.40.4.251
- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents--a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother*, 16(6), 467-478. doi: 10.1002/cpp.637
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q*, 74(4), 349-360.
- Soler, J., Trujols, J., Pascual, J. C., Portella, M. J., Barrachina, J., Campins, J., . . . Perez, V. (2008). Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*, 47(Pt 4), 417-426. doi: 299143 [pii]
10.1348/014466508X314882
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 169(5), 484-490. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11091378
- Spirito, A., Lewander, W. J., Levy, S., Kurkjian, J., & Fritz, G. (1994). Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr Emerg Care*, 10(1), 6-12.
- Trautman, P. D., Stewart, N., & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 89-94.
- Viale-Val, G., Rosenthal, R. H., Curtiss, G., & Marohn, R. C. (1984). Dropout from adolescent psychotherapy: a preliminary study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23(5):562-8, 1984 Sep.
- Webb, D., & McMurrin, M. (2009). A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 142-149. doi: 10.1002/pmh.69
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry*, 160(5), 952-966.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.

CHAPITRE 6: DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre présente une discussion plus générale des résultats de cette étude. La première partie met en perspective les différentes composantes du *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL*. La section suivante discute des avenues de recherche futures qui s'ouvrent suite aux les résultats de cette étude. Finalement, les limites de l'étude, puis ses retombées cliniques sont exposées.

6.1 Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre l'instabilité du mode de consultation des adolescents avec TPL en identifiant les processus qui les conduisent à arrêter prématurément leur traitement. La richesse des données recueillies a permis d'élaborer une théorisation plus large de l'utilisation des services de ces jeunes. En effet, le *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL* rend compte, non seulement des facteurs de risque d'abandon, mais aussi des conditions susceptibles de favoriser la poursuite du traitement ou d'entraîner son arrêt prématuré. Ce modèle met essentiellement l'emphase sur les processus qui caractérisent le suivi pédopsychiatrique de ces jeunes. Il formalise les mécanismes d'engagement, de désengagement, de réengagement et d'abandon de traitement des adolescents avec TPL traités en clinique spécialisée de pédopsychiatrie.

Sur le plan de sa structure, ce modèle pourrait s'apparenter à celui de Processus de production du handicap (Fougeyrollas & St-Onge). Selon celui-ci, ce sont les obstacles ou les facilitateurs rencontrés par la personne dans son contexte de vie qui, en interaction avec ses incapacités, compromettent l'accomplissement de ses activités et la place en situation de pleine participation sociale ou au contraire en situation de handicap. Cette même interaction entre les vulnérabilités de la personne et le niveau d'adaptation de l'environnement se retrouve dans le *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL*. En effet, selon la nature des réponses du dispositif de soins aux vulnérabilités à l'abandon et

aux complications, la participation au traitement des adolescents et des parents sera favorisée ou compromise.

De plus, le canevas général du *Modèle de l'engagement et de l'abandon de l'adolescent avec TPL*, formé du réseau de relation entre les vulnérabilités à l'abandon, les complications et les réponses du dispositif de soins pourrait constituer une proposition de théorie formelle s'appliquant plus largement à d'autres clientèles et à d'autres groupes d'âge réputés pour leur difficulté à adhérer au traitement.

6.1.1 Les vulnérabilités à l'abandon

Cette recherche a mis au jour les vulnérabilités qui seraient plus spécifiques aux adolescents avec TPL et à leurs parents. Notre étude s'est toutefois démarquée en apportant un éclairage sur les processus par lesquels ces vulnérabilités interfèrent avec leur engagement au traitement. La section qui suit discute de ce résultat.

6.1.1.1 Caractéristiques psychologiques de l'adolescent

6.1.1.1.1 Enjeux d'autonomie et d'individuation

Les analyses ont révélé que les enjeux normaux de l'adolescence et la symptomatologie du TPL jouent un rôle dans le désengagement et l'abandon du traitement. D'abord, clamer que le traitement brime l'autonomie ou représente une tentative de contrôle de l'adulte s'inscrit tout à fait dans le processus normal d'individuation de l'adolescent. Cet enjeu développemental a déjà été associé aux difficultés d'adhésion au traitement psychothérapeutique (Oetzel & Scherer, 2003; Sommers-Flanagan et al., 2011) et pharmacologique (Hack & Chow, 2001) chez la clientèle adolescente en général. Il apparaît avoir un impact chez les jeunes avec TPL également.

Cette vulnérabilité à l'abandon pourrait toutefois être amplifiée par leur psychopathologie. En effet, étant donné leur grande réactivité émotionnelle, leurs besoins d'individuation pourraient s'exprimer d'une manière plus virulente. Plus

encore, compte tenu de leurs difficultés d'attachement (Levy et al., 2011), les personnes souffrant d'un TPL peuvent mettre davantage de temps à développer l'alliance avec le soignant. En conséquence, les avatars associés aux enjeux d'autonomie et d'individuation des adolescents avec TPL risquent de survenir hâtivement dans le traitement, alors même que la relation thérapeutique n'est pas encore assez solide pour faire contrepoids.

6.1.1.1.2 Développement de l'identité

Le développement de l'identité représente un autre enjeu de l'adolescence susceptible d'influencer la poursuite du traitement. La crainte de la stigmatisation et celle d'être identifié aux personnes souffrant de troubles mentaux ont été mises en cause chez les adolescents qui consultent en psychothérapie (Oetzel & Scherer, 2003). Ces préoccupations ont aussi été retrouvées chez les jeunes de notre étude. Par ailleurs, les cas d'abandon des adolescents avec TPL révèlent que l'identification à un parent souffrant d'une psychopathologie constitue un obstacle supplémentaire à la poursuite du traitement. Ce dernier pourrait être plus répandu chez les jeunes avec TPL. En effet, la fréquence de troubles mentaux chez les membres des familles des personnes souffrant d'un TPL serait plus élevée qu'en population générale (Bandelow, Krause, Wedekind, Brooks, Hajak, & Ruther, 2005; Goldman, D'Angelo, & DeMaso, 1993; Riso, Klein, Anderson, & Ouimette, 2000). Cette réalité s'est reflétée chez les adolescents avec TPL de notre étude. Chez six des huit adolescents avec TPL décrocheurs, au moins un des parents avait présenté un trouble mental diagnostiqué ou en souffrait toujours.

De plus, nos analyses ont mis en évidence un processus supplémentaire associé à l'enjeu de l'identité, lequel pourrait être plus spécifique aux adolescents avec TPL. En effet, la peur que leur personnalité soit aliénée pendant la démarche thérapeutique voire l'angoisse de littéralement perdre son identité a pesé dans l'abandon du traitement des jeunes de notre étude. À l'instar des adultes avec TPL, il a été démontré que les perturbations de l'identité sont marquées chez l'adolescent avec TPL, dépassant largement les bouleversements vécus par la majorité des jeunes

(Westen, Betan, & Defife, 2011). Ce déterminant de l'abandon ne semble pas avoir fait l'objet d'attention jusqu'à maintenant bien qu'il puisse être prépondérant. Le fait que le traitement lui-même représente une menace à l'identité pour les adolescents avec TPL mérite d'être mieux compris et pris en considération dans les services qui leur sont offerts.

6.1.1.2 Caractéristiques psychologiques du parent

Les caractéristiques psychologiques du parent semblent aussi en cause dans les abandons des adolescents avec TPL. L'impact d'une psychopathologie chez le parent notamment mis en évidence dans notre étude a été reconnu dans plusieurs autres recherches (King et al., 1997; Siegel et al., 1994). Cette hypothèse a toutefois été soumise à la falsification dans la présente étude. Pour ce faire, des cas d'abandon exempts de psychopathologie parentale ont été échantillonnés. Les analyses nous ont alors obligée à élaborer une nouvelle explication capable de rendre compte des abandons avec et sans psychopathologie parentale. C'est ainsi que des dimensions plus spécifiques de l'état psychologique du parent ont pu être associées à certains processus d'abandon. Les difficultés d'empathie, l'intolérance à la détresse, l'insécurité de confier son enfant à des étrangers et la rivalité potentielle avec les soignants ont alors été identifiées. Cette nouvelle hypothèse semble plus avantageuse pour comprendre et prévenir l'abandon. En effet, ces déterminants réfèrent directement à des processus interférant avec les soins alors que la psychopathologie du parent est peu informative à cet égard. Elles représentent donc des indicateurs plus précis pour apprécier les difficultés du parent à soutenir la participation de l'adolescent et à lui-même demeurer engagé dans le traitement.

6.1.1.3 Relation adolescent/parent

Nos résultats montrent aussi que lorsque la relation entre le parent et l'adolescent est soumise à des tensions autour des enjeux de dépendance et d'autonomie, le soutien parental peut être inadéquat et interférer avec la poursuite du traitement. La surestimation de l'autonomie de l'adolescent contrevient particulièrement avec l'engagement de ces familles. Le phénomène de compétence

apparente décrit chez les personnes atteintes d'un TPL pourrait expliquer cette attitude parentale. Les adolescents avec TPL peuvent en effet paraître plus adaptés qu'ils ne le sont réellement et donner l'impression qu'ils sont capables de faire face aux situations de la vie courante en banalisant, ignorant ou rejetant ses émotions par rapport aux difficultés (Linehan, 1993b). En contrepartie, la surprotection du parent ou la trop grande dépendance de l'adolescent envers celui-ci pose aussi problème lorsqu'il s'agit de s'en remettre aux soins des professionnels.

6.1.1.4 Contexte de demande d'aide

Les premières analyses ont tôt fait de mettre en lumière que le désengagement au traitement était soumis à des contingences liées au contexte de vie des familles. Elles ont montré que l'implication du parent peut aussi fléchir lorsque le contexte de demande d'aide est défavorable. Le traitement de l'adolescent représente alors un problème supplémentaire plutôt qu'une solution pour le parent. Plusieurs dimensions du contexte de demande d'aide retrouvées dans notre étude, telles les difficultés financières, les problèmes de vie ainsi que les autres responsabilités du parent avaient déjà été associées à l'abandon du traitement chez la clientèle pédopsychiatrique (Armbruster & Fallon, 1994; Attride-Stirling et al., 2004; Garcia & Weisz, 2002; Gearing et al., 2012; Kazdin, Holland, Crowley, et al., 1997; Taylor & Stansfeld, 1984). Les problèmes psychosociaux, plus nombreux chez les jeunes suicidaires que chez les non-suicidaires (Mandell, Walrath, & Goldston, 2006; Pillay & Wassenaar, 1997) pourraient toutefois avoir pesé plus lourdement dans l'abandon des adolescents avec TPL.

Par ailleurs, les études précédentes ont examiné presque exclusivement le contexte de demande d'aide du parent et très peu celui de l'adolescent. Nos analyses ont révélé que celui de l'adolescent précarise également la poursuite de son traitement. Seule une étude qualitative récente rapporte que l'horaire chargé des jeunes rend difficile la gestion des rendez-vous et compromet la poursuite de leur traitement psychosocial (Gearing et al., 2012). Dans le même sens, nos résultats indiquent que lorsque leurs nombreuses activités entrent en compétition avec le

traitement, les adolescents avec TPL priorisent le traitement d'une manière fluctuante. Ces adolescents s'accommodent difficilement de la règle des rencontres même jour, même heure chaque semaine.

Parmi les contextes de demande d'aide, la crise amoureuse s'est révélée assez centrale pour les jeunes de notre étude, tant pour leur engagement que pour leur désengagement. Ainsi, il n'est pas rare que celle-ci motive la demande d'aide. Les perturbations dans les relations ont en effet été associées aux conduites suicidaires chez les personnes souffrant de TPL (Brodsky, Groves, Oquendo, Mann, & Stanley, 2006; Yen, Pagano, Shea, Grilo, Gunderson, Skodol, McGlashan et al., 2005). En revanche, cette priorité accordée à la relation amoureuse entre aussi en conflit avec le traitement lorsqu'il s'agit d'y sacrifier du temps pour venir aux rencontres. L'adolescent avec TPL qui présente des symptômes de crainte d'abandon et d'intolérance à la solitude place souvent en priorité les activités reliées aux fréquentations amoureuses. La poursuite du traitement n'aura souvent plus préséance lorsque les tensions s'apaisent, ou qu'une nouvelle romance se dessine. Cette vulnérabilité à l'abandon, possiblement plus singulière chez les personnes souffrant d'un TPL, n'a pas non plus été explorée auprès de la clientèle adulte. L'évaluation de sa prépondérance sur d'autres déterminants pourrait mieux éclairer l'abandon de traitement de ces patients.

Finalement, les expériences antérieures négatives avec le système de santé et le fait d'avoir eu plusieurs consultations précédemment altèrent aussi la capacité de l'adolescent et du parent de s'engager pleinement. Convergeant avec nos résultats, la recherche auprès d'adultes souffrant d'un TPL a aussi associé l'abandon et une entrée coercitive dans les soins (Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012).

6.1.1.5 Perceptions de la maladie et des soins

Les analyses ont également mis en évidence que la compréhension de l'abandon du traitement ne pouvait faire l'économie de l'examen des perceptions à l'égard de la maladie et des soins. L'intuition nous portait à croire que les propos recueillis auprès d'adolescents et de parents ayant délaissé le traitement auraient été

teintés essentiellement de mépris et d'insatisfactions à l'égard des soins. Bien que ce fût parfois le cas, étonnamment, ils étaient généralement constructifs et nuancés.

Mais, l'analyse plus approfondie des quelques récits plus virulents a révélé que les récriminations exprimées masquaient en fait souvent des appréhensions. Bien que moins visibles aux premiers abords, celles-ci pourraient avoir été assez déterminantes. Ainsi, la peur sous toutes ses formes était souvent bien présente autant chez l'adolescent que chez le parent avant que ne débute le traitement. Elle s'est manifestée par leurs craintes de la stigmatisation, de la chronicisation, de même que par des inquiétudes envers le traitement lui-même.

Or, plus que d'autres clientèles traitées en pédopsychiatrie, il n'est pas rare que ces familles aient déjà un long historique de relations avec les professionnels de la santé mentale et une feuille de route douloureuse avec les services sociaux. Forgées au fil de leurs cheminements, les peurs des adolescents avec TPL et de leurs parents se sont donc échafaudées à partir d'expériences réelles avec la maladie et le système de santé. Elles sont ainsi déjà solidement cristallisées au moment d'une nouvelle demande d'aide. Ainsi, les peurs sont parfois bel et bien fondées. De plus, exprimées sous la forme de mépris à l'égard des interventions, elles risquent de demeurer insoupçonnées.

Pour ces raisons, il est donc possible que les perceptions de la maladie et des soins avant le début du traitement aient un effet particulièrement pernicieux sur l'engagement au traitement de l'adolescent avec TPL. Elles pourraient aussi contribuer aux complications et à l'abandon du traitement de façon plus importante que chez d'autres clientèles traitées en pédopsychiatrie.

6.1.1.6 Interrelation entre les vulnérabilités à l'abandon

Nous avons discuté séparément des trois grandes catégories de vulnérabilité à l'abandon dégagées des analyses. Toutefois, les deux premières, soient les caractéristiques psychologiques et le contexte de demande d'aide modulent sans conteste la troisième; les perceptions à l'égard de la maladie et des soins. Conceptuellement, cette dernière catégorie ne serait donc pas complètement

indépendante des deux autres. Kazdin & Wassell (2000) ont montré que la vulnérabilité psychologique du parent et un contexte de qualité de vie précaire avaient un impact sur sa perception des obstacles au traitement. Ainsi, il est plausible par exemple que les caractéristiques psychologiques associées au TPL et les expériences antérieures des adolescents aient teinté leurs perceptions à l'égard de la maladie et des soins.

Nous avons quand même choisi de formaliser les trois catégories de vulnérabilités à l'abandon comme si elles étaient indépendantes l'une de l'autre dans le modèle. Ce compromis a été consenti afin de bien mettre en évidence que des stratégies propres à chaque vulnérabilité sont requises pour atténuer leurs effets sur l'abandon. Les réponses initiales du dispositif de soins pour faire face aux vulnérabilités sont discutées dans la section suivante.

6.1.2 Réponses initiales du dispositif de soins

Le modèle de l'engagement et de l'abandon des adolescents avec TPL propose également que la présence de vulnérabilités à l'abandon ne constituerait pas une condition suffisante à l'arrêt prématuré du traitement. La confrontation de cette hypothèse aux cas d'adolescents ayant poursuivi le traitement malgré la présence de ces vulnérabilités a en effet conduit à son rejet. Une seconde explication, intégrant cette fois le rôle potentiel du dispositif de soins, a été explorée. Cette démarche a mis en évidence l'impact de défaillances des réponses initiales du dispositif de soins sur le désengagement des adolescents. L'effet des vulnérabilités à l'abandon ne serait ainsi significatif que lorsque le dispositif de soins mis en place à l'amorce du traitement n'arrive pas à les atténuer. Ainsi, l'omission d'atténuer les problèmes d'accessibilité, une préparation au traitement insuffisante, l'inadéquation du dispositif de soins pour traiter les adolescents avec TPL et l'inattention portée à la disposition à traiter du soignant favorisent l'émergence de complications interférant avec l'engagement ou conduisent à l'abandon précoce. Ces résultats paraissent surprenants puisque les considérations relatives au dispositif de soins avec les adolescents ont été amplement discutées et que plusieurs facteurs associés aux

difficultés à poursuivre le traitement ont été identifiés (Karver et al., 2005; Oetzel & Scherer, 2003; Sommers-Flanagan et al., 2011). Différentes considérations sont présentées dans les sections suivantes pour éclairer de telles conclusions.

6.1.2.1 Omission d'atténuer les problèmes d'accessibilité

C'est sans grande surprise que les problèmes d'accessibilité ont émergé des analyses. Ceux-ci ont été reconnus comme un obstacle important à la poursuite du traitement en pédopsychiatrie (Attride-Stirling et al., 2004; Kazdin, Holland, & Crowley, 1997; McKay & Bannon, 2004; Owens, Hoagwood, Horwitz, Leaf, Poduska, Kellam, & Ialongo, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008). Toutefois, souvent placés dans la catégorie plus générale des barrières au traitement, les problèmes d'accessibilité ont généralement été considérés comme des problèmes à résoudre par les familles. Nos analyses ont plutôt conduit à les associer aux réponses du dispositif de soins. En effet, les problèmes financiers, les autres responsabilités du parent, les contraintes d'horaire de l'adolescent ne s'avèrent constituer des barrières au traitement qu'en fonction des caractéristiques de l'environnement de soins. Par exemple, l'effet des problèmes financiers sera atténué si les services sont offerts de manière à éviter les absences au travail du parent. De même, les priorités de l'adolescent ne représenteront pas un obstacle si les rencontres ont lieu à la maison, en dehors des périodes de classe ou que le soignant aménage l'horaire des rencontres.

6.1.2.2 Adaptation du dispositif de soins aux besoins de l'adolescent avec TPL

L'analyse de cas d'abandon a mis au jour que l'engagement au traitement pouvait être compromis si certains aspects nécessaires à la prise en charge des adolescents avec TPL n'étaient en place avant le traitement. Bien que les protocoles pour la gestion du risque suicidaire étaient bien élaborés, en revanche les soignants manquaient d'outils pour faire face à d'autres comportements tout aussi fréquents chez cette clientèle (automutilation, activités sexuelles à risque, prostitution, activités criminelles, abus de substances). De la même façon, des balises précises concernant la confidentialité et la collaboration avec les parents, de même que des

procédures claires de transfert entre équipes faisaient défaut dans les suivis qui se sont compliqués.

La symptomatologie associée au TPL est pourtant reconnue pour occasionner en elle-même un déroulement intense et instable du processus thérapeutique et pour soumettre le soignant à une charge émotionnelle importante. Comment comprendre ces manques? Une explication pourrait résider dans le fait que les cas d'abandon provenaient d'une clinique dont le mandat initial était de traiter les jeunes suicidaires avec un trouble de l'humeur. Au moment d'élaborer le dispositif de soins, les outils cliniques développés étaient centrés essentiellement sur la gestion des conduites suicidaires. C'est n'est qu'une fois les activités cliniques démarrées, que l'affluence des adolescents avec TPL s'est révélée aussi importante.

6.1.2.3 Préparation au traitement

Nos résultats montrent que le désengagement peut survenir lorsque les adolescents et les parents perçoivent que l'orientation au traitement ou que l'entente sur les tâches ont été insuffisamment accomplies. Les premiers moments d'un épisode de soins sont pourtant cruciaux pour la construction de l'alliance et l'engagement (O'Brien et al., 2009). Plusieurs études ont identifié la préparation au traitement comme une dimension significative du succès du traitement de l'adolescent (Anderson & Collier, 1999; Karver et al., 2006; Owens et al., 2002; Woodberry & Popenoe, 2008).

Certains aléas du traitement des adolescents avec TPL pourraient expliquer ce résultat. D'abord, il est possible que ces étapes soient parfois escamotées étant donné que la demande d'aide survient typiquement dans un contexte de crise chez cette clientèle. Les soignants doivent ainsi souvent intervenir en urgence. Il se peut aussi que l'importance de cette étape de la prise en charge soit sous-estimée par les soignants. Ceux-ci peuvent assumer que ces familles comprennent bien la mécanique des soins étant donné leurs expériences antérieures avec les services de santé.

Une préparation au traitement insuffisamment élaborée pourrait cependant s'avérer plus coûteuse avec les adolescents avec TPL qu'avec d'autres jeunes. En effet, écourter cette phase de la prise en charge risque que les perceptions négatives à l'égard de la maladie et des soins développées au cours de suivis antérieurs exacerbent leurs sensibilités aux irritants normaux d'un traitement. Un peu comme si ces perceptions constituaient une sorte d'allergie, il peut s'avérer périlleux d'amorcer le traitement sans en tenir compte.

Comme le souligne éloquemment Norcross (2011) dans son ouvrage sur la relation thérapeutique; le traitement doit être adapté à l'individualité des patients et à la singularité de leur contexte. Il déplore le fait que la personne du patient a été particulièrement absente des recherches sur les traitements. Citant Sir William Osler, un des pères de la médecine moderne, il rapporte qu'il est beaucoup plus important de savoir quel type de patient est atteint de la maladie que de savoir quel type de maladie a le patient.

6.1.2.4 Disposition à traiter du soignant

Nos résultats montrent que l'insuffisance de protocoles clairs pour la gestion de comportements problématiques exacerbe le sentiment d'impuissance du soignant et mettent en évidence les risques de ne pas considérer sa disposition au moment du pairage avec l'adolescent avec TPL. Le sentiment de ne pas avoir suffisamment de compétences et les difficultés de tolérer le risque de passage à l'acte sont inhérents au vécu des soignants s'occupant de patients souffrant d'un TPL (Bodner et al., 2010; Cleary et al., 2002; Paré-Miron, 2010). Il est ainsi attendu qu'à certains moments ces dispositions du soignant risquent d'entraver le développement de l'engagement de l'adolescent avec TPL et du parent. Ici encore, les impératifs de productivité, la rareté des ressources peuvent affecter la capacité d'une équipe de prendre en compte l'état du clinicien avant de lui demander une nouvelle prise en charge.

6.1.3 Premier moment critique

Le Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL propose deux moments critiques pour l'engagement au traitement de ces jeunes. Le premier se situe au moment de l'offre de service. Les réponses initiales du dispositif de soins constituent alors un point charnière pour orienter le suivi pédopsychiatrique de l'adolescent avec TPL vers un processus d'engagement, d'abandon précoce ou de désengagement. Les processus associés aux bifurcations vers un abandon précoce et vers un désengagement sont discutés dans la section qui suit.

6.1.3.1 Processus d'abandon hâtif

Le modèle suggère qu'une offre de services prenant insuffisamment compte des vulnérabilités à l'abandon confronterait l'adolescent avec TPL et le parent à des obstacles insurmontables dès le début du traitement. L'engagement ne pourrait se concrétiser dans de pareilles conditions. Les familles feraient rapidement l'équation que, la participation au traitement ne fait pas partie de la solution, mais constituent au contraire un problème supplémentaire à résoudre. Ainsi, passée la crise aiguë associée à la demande d'aide, le rapport coût/bénéfices entre les bienfaits du traitement et les efforts à fournir pour s'engager pencherait rapidement en faveur d'un arrêt de ce traitement à peine amorcé. Il est possible qu'accoutumées à vivre dans un contexte difficile, ces familles optent naturellement pour un retour à la situation précrise, malgré tous ses désavantages. Résoudre les problèmes à long terme par le biais d'un dispositif de soins mal adapté à leurs vulnérabilités serait peut-être trop onéreux autant sur le plan psychique qu'organisationnel.

Quelques études sur l'abandon de traitement en pédopsychiatrie ont tenté de distinguer les abandons précoces et tardifs sur la base des caractéristiques des adolescents et des parents (Dakof et al., 2001; Kazdin et al., 1994; Pelkonen et al., 2000). Certains ont trouvé que les décrocheurs précoces présentaient plus souvent un abus de substance et des problèmes avec la loi, tandis que leurs parents présentaient un statut socio-économique plus précaire que ceux qui abandonnent

plus tardivement (Pelkonen et al., 2000). La violence familiale a aussi été associée à un échec de la référence après la tentative (Spirito et al., 1994). Ces caractéristiques, qui traduisent une plus grande intensité des problèmes vont dans le sens des vulnérabilités à l'abandon, retrouvées chez l'adolescent avec TPL dans notre étude.

Par ailleurs, Rotheram-Borus (1999) a trouvé au contraire que parmi les familles d'adolescentes suicidaires provenant de milieux défavorisés, celles qui présentaient plus de vulnérabilités demeuraient plus longtemps en traitement. Il faut toutefois souligner que dans cette étude, les adolescentes ont été prises en charge dans un programme conçu spécifiquement pour répondre à leurs particularités cliniques et pour augmenter leur adhésion au traitement. Il se peut donc que ces résultats divergents s'expliquent en fait par les réponses du dispositif de soins. En effet, ces familles pourraient avoir adhéré plus facilement à un modèle de soin où la prise en charge est amorcée dès la visite à l'urgence, intègre les parents, et inclut une orientation au traitement bien structurée. Cette analyse des résultats de Rotheram-Borus converge avec l'hypothèse mise au jour par la présente étude concernant l'impact des réponses initiales du dispositif de soins sur l'engagement des familles.

6.1.3.2 Processus de désengagement

Le premier moment critique des soins de l'adolescent avec TPL peut aussi l'orienter vers un désengagement lorsque les réponses du dispositif de soins ne s'ajustent que partiellement aux vulnérabilités à l'abandon.

Toutefois, le manque d'intérêt initial des adolescents et des parents de notre étude n'était pas en cause dans leur désengagement. Ils avaient tous accepté les services offerts. Leur engagement initial avait plutôt évolué vers un désintérêt une fois seulement que le traitement a été amorcé.

Les caractéristiques cliniques des patients atteints d'un TPL ont aussi été associées aux difficultés de les traiter (Bateman & Fonagy, 2004; Gabbard & Horowitz, 2009; Linehan, 1993a) et de les maintenir engagés (Gunderson et al.,

1989; Rusch et al., 2008). Il a ainsi été naturel d'attribuer la responsabilité des complications de traitement aux caractéristiques cliniques de cette clientèle.

Bien que fondée et raisonnable, cette explication équivaut cependant à dire que les raisons qui motivent la demande d'aide de ces patients seront précisément celles qui les empêcheront de poursuivre leur traitement. Cette seule perspective laisse malheureusement ces patients et les soignants devant l'inexorable destin que le traitement risque d'achopper à cause de leurs trop grandes vulnérabilités à l'abandon.

Pour ces deux raisons, comprendre le désengagement en examinant les facteurs qui ont empêché le désir de recevoir de l'aide de se maintenir tout au long du traitement apparaissait un angle fécond. Grâce à cette perspective, d'autres processus que ceux liés à la motivation et la symptomatologie ont émergé. Ainsi, les complications tels l'activation émotionnelle, les attitudes contre-productives et les comportements de désengagement de l'adolescent avec TPL se déclenchent parfois à partir de défaillances des réponses initiales du dispositif de soins. Nous convenons que cette proposition apporte un éclairage audacieux sur le problème de leur abandon de traitement et peut bousculer les conceptions habituelles sur leur traitement.

En effet, alors que d'autres jeunes s'accommodent bon an mal an d'un dispositif de soins plus ou moins bien adapté à leur besoin, un tel contexte ruine l'engagement initial de l'adolescent avec TPL. Ce résultat implique donc que la marge de manœuvre est mince pour traverser le premier moment critique avec ces jeunes. L'expérience subjective des premiers moments du traitement devrait donc comporter plus de gratifications que de désagréments. Cette idée ne s'inscrit pas dans la rectitude des traitements en psychiatrie, particulièrement avec cette clientèle qui a si mauvaise presse (Bodner et al., 2010; Cleary et al., 2002; Paré-Miron, 2010; Stewart et al., 2002). Pourtant, lorsqu'il s'agit de soumettre la clientèle pédiatrique à des traitements physiques douloureux, la préoccupation de rendre le traitement le moins aversif possible afin d'en favoriser la poursuite paraît parfaitement légitime.

6.1.4 Deuxième moment critique

Un deuxième moment critique des soins pédopsychiatriques de l'adolescent avec TPL survient lorsque le dispositif de soins doit faire face au désengagement. Ses réponses seraient alors déterminantes pour réengager l'adolescent et le parent ou pour précipiter l'abandon.

Parmi les nombreuses recherches portant sur l'abandon de traitement des patients présentant un TPL, une seule (Gunderson et al., 1989) s'est intéressée aux déterminants des ruptures de traitement chez des patients initialement engagés. Bien que l'importance d'adapter le dispositif de soins aux particularités de ces patients soit soulignée par les auteurs, il est frappant que les facteurs mis en cause pour expliquer l'arrêt du traitement réfèrent essentiellement aux vulnérabilités à l'abandon et aux complications de traitement sans évoquer les réponses du dispositif de soins. En contraste, nos résultats suggèrent que certaines réponses du dispositif de soins en cours de traitement contribueraient à l'abandon tardif du traitement lorsque surviennent les comportements de désengagement de l'adolescent avec TPL ou du parent. Les cas d'abandon tardif se caractériseraient donc par des réponses qui ont été, soit insuffisantes pour renverser la vapeur devant le désengagement ou encore ont exacerbé celui-ci. Les défaillances mises en évidence sont la régulation insuffisante de l'engagement, les impairs thérapeutiques, et les réponses paradoxales.

6.1.4.1 Régulation insuffisante du désengagement

Un premier scénario d'abandon plus tardif survient lorsque les réponses du dispositif de soins ne sont pas assez incisives pour juguler le désengagement de l'adolescent avec TPL et du parent. Ainsi, lorsque le monitoring des émotions associées à l'alliance thérapeutique et à la satisfaction est insuffisant, que les renforcements à l'engagement sont trop peu nombreux ou que l'outreach n'est pas systématique, le processus de désengagement évolue vers un abandon.

L'insuffisance de ces réponses pourrait premièrement relever du fait que parfois les soignants n'avaient pas reconnu les symptômes de désengagement. Ce

phénomène serait en fait assez fréquent. Hunsley (1999) a montré à cet effet que l'insatisfaction est un motif d'abandon fréquemment évoqué par les patients alors que cette raison est rarement reconnue par les soignants. Il a même été démontré que cet « angle mort » du soignant serait plus marqué lorsque l'abandon résulte d'émotions négatives à l'égard du traitement (Barrett et al., 2008; Todd et al., 2003; Westmacott & Hunsley, 2010). Deuxièmement, l'adolescent avec TPL et le parent n'expriment pas toujours leurs malaises à l'égard de leur expérience des soins. Plus encore, la difficulté d'apprécier le niveau véritable d'engagement de ces jeunes est augmentée étant donné qu'il peut fluctuer au gré des variations de leur humeur, et basculer brutalement au moindre incident. En conséquence, le risque est élevé que les symptômes de désengagement échappent au soignant et qu'aucune intervention appropriée ne soit effectuée.

Plus encore, les cas d'abandon montrent que même lorsque les adolescents et les parents exprimaient clairement des émotions négatives à l'égard des soins, leurs requêtes pour réviser les modalités de suivi ne conduisaient pas toujours à l'adoption de réponses favorisant la poursuite du traitement. L'hypothèse de la résistance au traitement souvent retenue pourrait avoir empêché que d'autres explications au désengagement soient examinées, au détriment de la mise en place de mesures pour soutenir la participation. Plusieurs études ont montré que la discrimination des complications par les psychothérapeutes se révélait souvent peu valide (Hannan et al., 2005; Hill et al., 1992; Hill et al., 1993) particulièrement en ce qui a trait aux résistances (Pekarik & Finney-Owen, 1987). Nos résultats vont dans ce sens, confirmant que l'adolescent avec TPL, le parent et le soignant ont souvent des perceptions divergentes sur les motifs du désengagement.

Sans constituer un filet absolu, un monitoring proactif des émotions à l'égard de l'expérience des soins contribuerait à maintenir l'engagement des adolescents avec TPL. L'analyse de trajectoires de soins complétées a étayé cette hypothèse en montrant que de telles mesures pouvaient remobiliser les adolescents avec TPL désengagés. Or, bien que plusieurs études aient montré que la relation thérapeutique est améliorée lorsque le soignant aborde les complications de façon

directe et non défensive (Chanen & McCutcheon, 2008; Foreman & Marmar, 1985; Rhodes et al., 1994; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011) et qu'il utilise la rétroaction des patients (Castonguay et al., 2006; Hannan et al., 2005; Hill et al., 1993; Lambert et al., 2005), ce type d'intervention ne semble pas pratique courante. Chanen & McCutcheon (2008) proposent de se montrer souple et curieux de la perception des obstacles au traitement des jeunes patients difficiles.

Les trajectoires de soins complétées ont aussi mis en évidence que l'engagement des adolescents avec TPL peut être soutenu par des renforcements positifs comme la reconnaissance explicite des efforts et des progrès. Dans une étude qualitative, portant sur l'adhésion au traitement psychosocial des adolescents, l'expérience de succès a aussi été reconnue comme un facilitateur à l'engagement des adolescents (Gearing et al., 2012). Alors que d'autres jeunes s'accommodent des contrariétés inhérentes au suivi pédopsychiatrique, l'engagement plus fragile des adolescents impulsifs pourrait requérir que le traitement procure des gratifications plus rapidement.

La discontinuité des soins s'est aussi révélée un facteur important dans le désengagement des adolescents avec TPL. Une étude qualitative visant à mieux comprendre l'expérience de la souffrance de l'adulte présentant un TPL a mis en évidence cette même sensibilité aux ruptures de lien lors des vacances du thérapeute par exemple (Perseius, Ekdahl, Asberg, & Samuelsson, 2005). Ainsi, l'omission de faire des relances actives se révèle propice aux décrochages. Il s'agit toutefois d'une intervention simple et reconnue pour maintenir en traitement les patients connus pour leur faible capacité d'engagement. L'évaluation d'un programme de suivi intensif australien réalisée auprès de quarante-quatre jeunes de 15 à 25 ans à haut risque suicidaire a montré que la relance active favorisait significativement non seulement leur engagement initial, mais permettait également son maintien jusqu'à la fin des six semaines du suivi (Schley et al., 2012). De même, une recherche qualitative récente portant sur l'expérience des soins de jeunes hommes adultes présentant des conduites suicidaires a mis à l'avant-plan le rôle central de la relance

active dans leur engagement (Jordan, McKenna, Keeney, Cutcliffe, Stevenson, Slater, & McGowan, 2012).

6.1.4.2 Impairs thérapeutiques

Le deuxième scénario d'abandon tardif survient lorsque certaines réponses du dispositif de soins compromettent elles-mêmes la poursuite du traitement. Il s'agit de cafouillages dans les processus de soins et des réactions thérapeutiques négatives, mises en acte dans les réponses aux complications. Ce résultat n'est pas surprenant. Il existe en effet une vaste littérature sur l'intensité des réactions contre transférentielles que suscitent les adultes souffrant d'un TPL et les dérapages qu'ils induisent (Bessette, 2010; Gabbard & Wilkinson, 1994). Il est reconnu que les soignants sont soumis à une charge émotionnelle importante, qu'ils doivent tolérer le risque de passage à l'acte (Gabbard & Wilkinson, 1994; Paré-Miron, 2010), ont fréquemment le sentiment de ne pas avoir suffisamment de compétences (Bodner et al., 2010; Cleary et al., 2002), et expriment moins d'empathie envers ces patients (Fraser & Gallop, 1993). Nos résultats suggèrent que ces phénomènes se manifestent aussi avec la clientèle des adolescents avec TPL.

L'examen des trajectoires d'abandon où ces réponses défaillantes ont été mises en cause suggère qu'un espace permettant le soutien aux soignants et la réflexion sur le processus de soins a peut-être fait défaut lorsque le traitement des décrocheurs s'est compliqué. Ces composantes du traitement sont pourtant reconnues essentielles dans différents modèles de soins des jeunes avec TPL (Bateman & Fonagy, 2006; Chanen et al., 2009; Miller et al., 2007). Les difficultés de communication entre soignants, leurs craintes du jugement et les impératifs de productivité pourraient avoir compromis l'accès à ce soutien.

6.1.4.3 Réponses paradoxales

Finalement, le troisième scénario d'abandon tardif est caractérisé par un contexte où le dispositif de soins répond au désengagement de l'adolescent avec TPL et du parent par des injonctions paradoxales. Visant à contrecarrer le désengagement, ces réponses ont plutôt l'effet de précipiter l'abandon. Bien que ce

résultat ait de quoi surprendre, cette propension à répondre de manière paradoxale a été décrite chez les cliniciens aux prises avec des clientèles adultes lourdes. Dans une étude qualitative sur l'expérience des soins psychiatriques de patients jugés difficiles, Koekkoek (2010) a mis au jour des interventions dites « toxiques », c'est-à-dire défavorables au travail thérapeutique. À l'instar de nos résultats, la double contrainte figure parmi celles-ci. Leurs résultats montrent que pour obtenir de l'aide, les patients doivent parfois mettre en évidence leurs comportements pathologiques (abus de substances, automutilation, tentatives de suicide répétées) alors que ceux-ci ne sont pas tolérés et peuvent constituer les motifs de renvoi ou de congé. Ces auteurs ont également souligné la contrainte de se conformer au seuil de réponse du dispositif.

Comment comprendre l'adoption de telles réponses chez des soignants généralement bienveillants? La recherche dans le domaine de la psychodynamique du travail pourrait apporter un éclairage sur cette question. Cette discipline a mis en lumière l'élaboration de stratégies défensives des travailleurs pour diminuer leur souffrance et maintenir leur équilibre psychologique au travail (Carpentier-Roy & Vézina, 2000). Ainsi, pour affronter sans relâche les assauts des émotions négatives, des attitudes contre-productives et du risque suicidaire, les soignants doivent évoluer dans une organisation du travail qui tient compte de cette réalité. Les réponses paradoxales adoptées par les soignants de notre étude pourraient constituer des stratégies défensives, servant de mécanismes de protection contre l'impuissance, l'angoisse d'être exposé à des situations prolongées de risque, et le stress de la surcharge de travail. Il est possible que lorsqu'ils constatent le désengagement du jeune, les réponses paradoxales leur permettent de résoudre leur conflit d'ambivalence entre laisser le traitement évoluer vers l'abandon afin de mettre fin à ces émotions douloureuses ou le devoir de continuer de soutenir la participation de ces familles. En leur faisant porter l'odieux du traitement avorté, cette manœuvre plus ou moins consciente assurerait une sortie gracieuse préservant l'intégrité du dispositif de soins et sa capacité de poursuivre sa mission avec les autres patients.

L'examen attentif des derniers moments d'un traitement a permis de mettre en évidence plus explicitement le rôle des réponses du dispositif de soins dans les abandons tardifs. Ce regard porté sur les circonstances précises entourant le passage entre le désengagement et l'abandon a permis de préciser le deuxième moment critique de la trajectoire des adolescents avec TPL. Ainsi, lorsque le traitement de l'adolescent avec TPL se complique par des comportements de désengagement, la marge de manœuvre est à nouveau plutôt mince pour le soignant. Le seuil entre la poursuite et l'abandon du traitement serait franchi facilement par l'adolescent avec TPL.

Prévenir l'abandon tardif nécessiterait donc que les soignants ne baissent jamais la garde sur le maintien de l'engagement avec l'adolescent avec TPL. Une littérature récente soutient la pertinence de considérer le maintien de l'engagement des patients comme un objectif thérapeutique en soi (Hack & Chow, 2001; McMurrin & Ward, 2010; Nock & Ferriter, 2005; Oetzel & Scherer, 2003; Prinz & Miller, 1994; Rumpold, Doering, Smrekar, Schubert, Koza, Schatz, Bertl-Schuessler et al., 2005; Wu, Chen, & Grossman, 2000) et reconnaît l'impact positif des réparations de l'alliance thérapeutique sur la poursuite du traitement (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, 2008; Daly, Llewelyn, McDougall, & Chanen, 2010; Safran et al., 2011; Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro, Agnew-Davies, Rees et al., 2004).

6.2 Considérations méthodologiques

Le fait d'appréhender l'abandon de traitement comme un processus évoluant de l'engagement au désengagement et ultimement vers l'arrêt complet du traitement constitue une des originalités de cette étude. Cette façon de l'opérationnaliser a ainsi permis d'examiner les différents contextes de soins conduisant à l'abandon tout au long du traitement et cela, indépendamment de sa durée. Elle a favorisé la découverte de certains aspects singuliers du mode de consultation de l'adolescent avec TPL.

Concevoir l'abandon comme un processus a d'abord révélé que deux types d'obstacles distincts interfèrent en fait avec la complétion du traitement des adolescents avec TPL. Tout d'abord, les obstacles inhérents regroupent l'ensemble des vulnérabilités à l'abandon présentes avant même que le traitement ne soit amorcé. Les études réalisées auprès des adolescents suicidaires s'étaient essentiellement penchées sur ce type d'obstacles (Burns et al., 2008; Halaby, 2004; Piacentini et al., 1995; Trautman et al., 1993). Or, nos résultats mettent au jour que d'autres interférences se manifestent seulement en cours de traitement. Il s'agit des obstacles émergents. Ceux-ci sont constitués des complications de traitement.

Ces deux catégories d'obstacles à la poursuite du traitement n'avaient pu être différenciées par opérationnalisation de l'abandon comme un résultat. L'absence de distinction entre les obstacles présents avant le traitement et ceux survenant en cours de traitement pourrait expliquer en partie les difficultés de ce domaine de recherche à conclure de manière satisfaisante sur les déterminants de l'abandon. Cette nuance présente un potentiel heuristique intéressant pour de nouvelles avancées dans la résolution du problème de l'abandon de traitement en pédopsychiatrie.

L'opérationnalisation de l'abandon en tant que processus a ensuite révélé que ce serait la synergie entre les obstacles et les défaillances des réponses du dispositif de soins à les atténuer qui seraient déterminantes dans l'engagement. Elle a mis en évidence le rôle central des réponses du dispositif de soins à deux moments critiques de la trajectoire de soins. Ainsi, leur adéquation à atténuer l'un ou l'autre des deux catégories d'obstacles ferait la différence entre un abandon hâtif ou tardif. Les études précédentes sur l'arrêt prématuré du traitement n'avaient pu identifier aussi clairement cette relation puisque les variables associées à l'abandon ont été examinées le plus souvent comme si leurs impacts étaient indépendants du contexte de soins.

La méthode de théorisation ancrée a mis en lumière le caractère multifactoriel de l'abandon chez les adolescents avec TPL. Elle a également permis d'en révéler son équivocalité. L'abandon du traitement de l'adolescent avec TPL surviendrait donc à partir d'une multitude de conditions de départ et les processus

de son désengagement emprunteraient de nombreuses trajectoires. Les combinaisons de variables produisant une trajectoire d'abandon seraient donc infinies. Ces deux caractéristiques ont pu complexifier l'étude de l'abandon et pourraient à elles seules éclairer les résultats contradictoires obtenus jusqu'ici.

La stratégie de recueillir les perspectives de plusieurs informateurs sur une même trajectoire de soins adoptée dans cette étude n'avait jamais été utilisée dans la recherche sur l'abandon de traitement en pédopsychiatrie. De plus, cette étude a choisi de se pencher sur l'expérience subjective du traitement des adolescents, de leur parent et des soignants sans rechercher la véracité des circonstances entourant l'abandon.

La pertinence de s'intéresser à l'expérience subjective du traitement pour mieux comprendre les difficultés d'engagement en pédopsychiatrie a été soulignée (McKay & Bannon, 2004). Les recherches qui ont ciblé ces facteurs se sont toutefois uniquement centrées sur la perspective des parents (Attride-Stirling et al., 2004; Kazdin, Holland, Crowley, et al., 1997; MacNaughton & Rodrigue, 2001). Les études s'étant intéressées à l'expérience subjective des soins n'avaient jamais triangulé les perceptions des trois groupes d'informateurs comme nous l'avons fait (Attride-Stirling et al., 2004; Burns et al., 2008; Gearing et al., 2012; Halaby, 2004; Hummelen et al., 2007; Kazdin, Holland, & Crowley, 1997; Koekkoek, van Meijel, & Hutschemaekers, 2006).

6.3 Avenues de recherches

Cette recherche qualitative a permis de pousser un peu plus loin la compréhension de l'abandon de traitement de l'adolescent avec TPL. Ses résultats ouvrent sur d'autres questions qui pourraient être explorées dans de futures études.

1. L'impact relatif des obstacles inhérents et des obstacles émergents sur l'abandon de traitement des adolescents avec TPL pourrait être mesuré. Il serait pertinent de vérifier lesquels ont le plus de poids. Cette clarification

conduirait à cibler des priorités lors de la mise en place de mesures pour favoriser l'engagement de ces jeunes.

2. L'hypothèse de la relation entre les réponses du dispositif de soins et l'abandon pourrait être vérifiée dans le cadre d'une évaluation de programme où les deux moments critiques seraient examinés. Une telle étude pourrait en outre mesurer les effets des réponses initiales du dispositif de soins sur l'abandon hâtif, l'émergence de complications et l'abandon tardif. De même, la relation entre les réponses secondaires du dispositif de soins et l'abandon tardif pourrait être testée.
3. L'instabilité du mode de consultation des adolescents avec TPL pourrait être mieux comprise par des mesures répétées de leur niveau d'engagement tout au cours du traitement. Mises en association avec les réponses du dispositif de soins, ces données pourraient également être informatives sur l'efficacité d'intervention pour prévenir l'abandon. Une telle démarche permettrait d'identifier les interventions qui ont le plus d'impacts et d'identifier lesquelles spécifiquement atténuent telles ou telles complications.
4. Le potentiel prédictif du modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL élaboré dans cette étude pourrait être évalué.
5. Une étude comparant les recommandations de guides de pratiques existants et celles émergeant de la présente étude constituerait un apport clinique intéressant.
6. Des études portant sur l'impact de l'organisation du travail d'équipes qui doivent s'occuper de patients difficiles à engager permettraient de mieux comprendre comment diminuer les défaillances des réponses du dispositif de soins.
7. Ce modèle théorique pourrait aussi être évalué auprès d'autres groupes connus pour leurs difficultés à compléter le traitement.

6.4 Limites de l'étude

Les différentes limites de cette étude doivent être soulevées. En premier lieu, parmi les 17 adolescents sollicités pour parler de leur abandon de traitement, sept ont décliné l'invitation qu'eux-mêmes ou que leurs parents, participent à l'étude. Certains ne souhaitaient pas se remémorer leur épisode de soins en pédopsychiatrie et d'autres exprimaient clairement le désir de ne plus avoir de contact avec le milieu de soins. Il est plausible que leurs processus d'abandon se seraient démarqués de ceux décrits par les jeunes qui ont accepté de participer. De plus, le fait que les cas d'abandon examinés se sont limités à ceux de jeunes filles restreint la transférabilité des résultats. Aucun des garçons avec TPL sollicités n'a en effet accepté de participer à l'étude. Il est possible que ces jeunes se seraient inscrits dans des profils d'abandon distincts. Les résultats demeurent toutefois pertinents puisque ce diagnostic est majoritairement posé chez des sujets féminins (Skodol & Bender, 2003). De même, les adolescents qui ont consenti à ce que leurs parents se joignent à l'étude malgré leur refus d'y participer présentent probablement des caractéristiques qui les distinguent des autres cas. Dans la perspective d'un échantillonnage à variation maximale, l'inclusion de ces cas a pu en contrepartie enrichir les analyses.

De plus, bien que trois cliniques différentes aient été sollicitées pour participer à cette étude, les cas examinés proviennent d'une seule équipe de soins. La perspective d'une reprise de contact avec des adolescents et des parents dont le traitement avait été tumultueux a parfois motivé le refus des médecins des deux cliniques qui n'ont pas participé. Leurs craintes que les adolescents soient perturbés par une réflexion sur leurs soins ont également limité le recrutement de jeunes dans ces équipes. Il faut aussi reconnaître que cette recherche pose ni plus ni moins un regard sur un échec de traitement. Il est tout à fait compréhensible que certains soignants aient pu avoir des réserves à discuter ouvertement de leurs interventions. Il aurait néanmoins été souhaitable que d'autres dispositifs de soins, avec des façons de faire différentes, puissent être examinés. Ceci aurait permis un potentiel de transférabilité plus grand des résultats.

De plus, nous occupions également la fonction de clinicienne dans l'équipe où les informateurs ont été recrutés. Ces situations ont eu, sans conteste, une incidence sur les analyses, notamment concernant les données relatives aux soignants. La tenue rigoureuse du journal du chercheur, la rédaction de mémos ainsi que la triangulation des analyses ont contribué à mettre au jour les biais qui pouvaient survenir. En contrepartie, cette familiarité avec les us de la clinique, de même que la connaissance profonde de sa culture a représenté un atout. En effet, elle a facilité non seulement l'accès aux données, mais a aussi permis d'obtenir la confiance nécessaire des soignants pour qu'ils consentent à discuter librement de leurs interventions lors de l'abandon de traitement de leurs patients. Plus encore, cette immersion a enrichi notre compréhension des multiples contingences liées à l'intervention avec la clientèle des adolescents avec TPL. Finalement, elle a favorisé une appréciation plus juste de la complexité du contexte de traitement en clinique spécialisée. Nous estimons que cette position privilégiée, un peu à la manière de l'observation participante passive décrite par Spradley (1980), a pu augmenter ainsi la validité des analyses et conséquemment la crédibilité des résultats, sans par ailleurs en modifier le contexte à l'étude.

Il convient aussi de mentionner qu'aucun médecin n'a pu participer à l'étude malgré le rôle central de ce soignant dans la prise en charge des adolescents avec TPL. Cette situation découle du fait que toutes les trajectoires de soins examinées étaient sous la responsabilité du médecin qui assumait aussi le rôle de codirecteur pour notre thèse. Celui-ci ne pouvait donc pas être sollicité comme informateur. Il n'a pas été impliqué dans les analyses et n'a pas été en contact avec les données brutes. Par contre, il est nécessaire de souligner que l'impact du leadership médical est un thème qui s'est clairement dégagé dès les premières analyses. Celui-ci a émergé de la triangulation de données provenant des trois groupes d'informateur. Les perceptions des adolescents, des parents et des soignants à l'égard du rôle et du pouvoir du médecin sont apparues comme une des composantes du dispositif de soins susceptibles d'infléchir les trajectoires de soins. Malgré cela, pour les raisons évoquées plus haut, ce thème n'a pu être saturé faute d'obtenir des données sur

l'expérience subjective des contingences liées aux responsabilités médicales. Il est possible que l'exploration plus approfondie de cette dimension des réponses du dispositif de soins ait mis en lumière d'autres avenues pour comprendre l'abandon et en diminuer l'incidence.

Il faut rappeler que le devis de cette recherche n'a pas été conçu pour comparer l'efficacité de différentes approches thérapeutiques à maintenir les adolescents en traitement. La prudence s'impose quant à l'extrapolation des résultats pour juger de l'efficacité d'approches spécifiques à prévenir l'abandon de traitement. Une position athéorique a intentionnellement été adoptée lors de l'analyse des comportements d'abandon et des réponses du dispositif de soins. Ainsi, les réponses du dispositif de soins mises en évidence se rapportent à des processus de soins qui transcendent toutes les approches.

6.5 Retombées cliniques

Différentes mesures susceptibles d'orienter les trajectoires de soins des adolescents avec TPL vers la complétion du traitement se dégagent du modèle des processus conduisant à l'engagement ou à l'abandon du traitement. Les retombées cliniques de cette recherche sont ici formulées sous forme de recommandations. Sans représenter de garantie absolue, celles-ci sont pour la plupart, simples et faciles à implanter. En complémentarité avec des guides de pratiques déjà existants (National Collaborating Centre for Mental Health and clinical excellence, 2009; National Health and Medical Research Council, 2012), ces recommandations pourraient contribuer à maintenir certains adolescents en traitement.

6.5.1 Identifier les vulnérabilités

Un vaste inventaire de vulnérabilités à l'abandon, spécifiques à la clientèle des adolescents avec TPL, a été mis en lumière. Elles sont dans l'ensemble relativement faciles à repérer et pourraient aisément faire l'objet d'un examen systématique. L'identification exhaustive des obstacles avant la mise en place du traitement pourrait se révéler une démarche rentable. Regroupées sous forme de

grille, les vulnérabilités de l'adolescent et du parent pourraient être documentées dans le cadre de l'évaluation initiale. Les manifestations cliniques du TPL, qui sont quant à elle généralement appréciées d'emblée puisqu'elles constituent le motif de consultation, représentent aussi paradoxalement des obstacles potentiels au bon déroulement du traitement. Elles constituent à la fois le problème à résoudre et un obstacle à la résolution du problème. Leur appréciation en tant qu'obstacle au traitement pourrait mieux guider le dispositif de soins pour mettre en place des soins adaptés à ces jeunes.

Ainsi identifiées avant de proposer le traitement, les vulnérabilités propres à l'adolescent et au parent pourraient guider le dispositif de soins afin qu'elles soient prises en compte dans l'offre de service. Le processus d'évaluation clinique initiale pourrait donc intégrer l'appréciation de l'acceptabilité du traitement pour ces familles.

6.5.2 Adapter le dispositif de soins aux vulnérabilités

Une discordance même minime entre les vulnérabilités à l'abandon de la clientèle des adolescents avec TPL et les réponses initiales du dispositif de soins peut avoir des conséquences sur la qualité de l'engagement de ces familles tout au long de leur trajectoire dans les soins. Ainsi, pour permettre d'arrimer le mieux possible l'engagement, certaines mesures relativement simples peuvent être prises avant de commencer le traitement proprement dit. Aborder systématiquement les problèmes d'accessibilité, accorder l'importance et le temps nécessaire à la préparation au traitement, élaborer des protocoles d'intervention clairs pour les comportements à risque et les mécanismes de liaison entre les paliers de services devrait précéder le début le traitement.

6.4.3 Repérer les signes de désengagement

Il est apparu qu'il est assez difficile d'avoir l'heure juste sur l'état de l'engagement des adolescents avec TPL et parfois même de leur parent. Certains abandons surviennent alors que les soignants n'avaient pas perçu de signes de

désengagement. Un intérêt constant porté à leur satisfaction à l'égard du traitement, à leur sentiment par rapport à la relation avec les soignants et à leur perception de la lourdeur du traitement pourrait constituer un garde-fou contre les abandons-surprises. En intégrant cette démarche dans le cadre habituel de chaque séance plutôt que seulement lors de rencontres de bilan, le soignant pourrait réagir en temps réel pour maintenir l'engagement.

6.5.4 Répondre adéquatement aux signes de désengagement

La littérature récente témoigne d'une reconnaissance grandissante de la nécessité d'interventions ciblant spécifiquement l'engagement des clientèles connues pour leur faible adhésion au traitement (Drieschner, Lammers, & van der Staak, 2004). Ainsi, soutenir l'engagement des adolescents avec TPL est une cible importante de leur traitement qui peut être optimisé par le biais de différentes stratégies tels la relance systématique, les renforcements à poursuivre, le soutien aux intervenants. Les cafouillages dans la gestion des complications de traitement pourraient être diminués par des processus de soins clairs, balisés par des protocoles.

Certains impairs thérapeutiques pourraient aussi être prévenus par l'apport de structure de soutien et de supervision pour les soignants. Ainsi, lorsqu'un adolescent présente un risque d'abandonner son traitement, une réflexion approfondie, centrée spécifiquement sur la compréhension des enjeux associés au désengagement, pourrait aider le soignant à envisager d'autres aspects du problème. Cette nouvelle perspective pourrait ainsi conduire à des réponses plus adaptées aux circonstances de chacun des désengagements. Il faut par ailleurs reconnaître que certaines trajectoires glisseront inévitablement vers un abandon malgré tous les efforts des soignants. L'apprentissage et l'utilisation plus systématique de techniques de réparation de l'alliance lorsque cela se produit pourraient en contrepartie favoriser la reprise du traitement chez certains jeunes.

Le recours aux injonctions paradoxales témoigne d'une certaine souffrance des soignants dans leur travail. Une réflexion sur l'organisation du travail et la

reconnaissance dont bénéficient les soignants semble nécessaire pour la mise en place d'un dispositif de soins approprié pour leur prise en charge d'adolescents avec TPL. Ainsi, préciser quelle serait la charge de travail raisonnable compte tenu de la charge émotionnelle que représente le traitement de ces jeunes, le partage des tâches dans les équipes de soins, les modes de communication entre soignants, la considération et le soutien des gestionnaires représentent quelques paramètres essentiels pour s'assurer d'un dispositif équipé pour répondre adéquatement.

En conclusion, nos résultats mettent en évidence l'importance des réponses du dispositif de soins pour le maintien de l'engagement des adolescents avec TPL. L'abandon de traitement de ces jeunes pourrait être diminué par un dispositif de soins qui reconnaît les périls inhérents au traitement de cette clientèle, se montre proactif pour résoudre les problèmes de désengagement, intègre des mécanismes de soutien aux soignants et favorise une pratique réflexive.

Conclusion

Cette étude qualitative s'est intéressée au phénomène de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL. Ces jeunes qui présentent des conduites suicidaires récurrentes, souffrent d'atteintes sévères dans plusieurs sphères de leur fonctionnement notamment celle de s'occuper adéquatement de leur santé et disposent souvent d'un soutien familial limité représentent une portion non négligeable de la clientèle qui consulte en pédopsychiatrie. Il s'agit donc d'une clientèle qui risque plus que d'autres de souffrir de l'impuissance des cliniciens à les maintenir en traitement.

Mieux comprendre pourquoi ces jeunes renoncent à recevoir de l'aide professionnelle alors même que cette pathologie à l'adolescence augmente leur risque de connaître une évolution défavorable à l'âge adulte et de compléter un suicide répondait à un véritable besoin clinique.

Par ces résultats, cette recherche apporte une contribution supplémentaire à la résolution du problème de l'abandon des adolescents avec TPL. D'abord, les vulnérabilités à l'abandon propres à cette clientèle ont pu être dégagées. Certaines réponses critiques du dispositif de soins pour favoriser l'engagement de ces jeunes dès l'offre de traitement ont aussi été mises au jour. Ainsi, atténuer les problèmes d'accessibilité, bien préparer ces familles au traitement, les accueillir dans un dispositif de soins qui prend en compte les particularités du TPL à l'adolescence et finalement qui tient compte de la disposition des soignants pourraient diminuer l'impact des vulnérabilités à l'abandon.

Cette recherche a aussi permis de mieux comprendre comment se produit le désengagement des adolescents avec TPL s'étant initialement engagé dans leur traitement. Elle a aussi révélé comment le dispositif de soins peut contribuer à l'abandon du traitement par l'insuffisance ou l'inadéquation de ses réponses lorsque les jeunes et les parents se désengagent.

Finalement, ces différents processus impliqués dans l'abandon de traitement ont été formalisés dans un modèle conceptuel désigné comme : *Modèle de l'engagement et de l'abandon de traitement des adolescents avec TPL*. Celui-ci

illustre que des processus distincts caractériseraient les abandons précoces et les abandons tardifs des adolescents avec TPL. L'abandon précoce résulterait de l'échec du dispositif de soins à profiter de l'impulsion de la demande d'aide pourtant pressante, pour engager correctement l'adolescent avec TPL et ses parents lors de ce premier moment critique de leur trajectoire de soins. En contrepartie, les abandons tardifs traduiraient les défaillances du dispositif de soins à adopter des mesures correctives pour les maintenir en traitement lors d'un deuxième moment critique caractérisé par leur désengagement.

Cette étude peut aussi contribuer à l'amélioration des soins prodigués à cette clientèle. Sur le plan clinique, les résultats apportent des assises supplémentaires pour habilitier les intervenants à identifier les mécanismes d'abandon du traitement des adolescents avec TPL. Ces nouvelles connaissances représentent des balises spécifiques pour élaborer des modèles de pratique favorisant la poursuite et la complétion du traitement de ces adolescents. En complétant leur démarche thérapeutique dès le premier épisode de crise, les adolescents avec TPL pourront diminuer leur risque de récurrences suicidaires. L'intervention menée à terme aura également une incidence sur leur évolution clinique en prévenant la chronicisation de leur condition et en limitant les atteintes fonctionnelles induites par cette pathologie.

Sur le plan de l'organisation des services, ces résultats pourront inspirer l'élaboration de programmes mieux adaptés aux particularités du mode de consultation de la clientèle adolescente en pédopsychiatrie. La prise en compte des facteurs qui déterminent l'utilisation des services lors de la mise en place de programmes constitue une condition essentielle à son efficacité. Dans le contexte actuel de rareté de ressources, l'utilisation du temps professionnel pourrait ainsi être optimisée par des mesures qui favorisent une plus grande assiduité des patients à leur traitement.

Cette étude comporte toutefois un certain nombre de limites. S'inscrivant dans une démarche constructiviste, ses résultats doivent être considérés comme des propositions théoriques du chercheur. Cette démarche méthodologique ne permettait

donc pas d'évaluer le potentiel prédictif du Modèle de l'engagement et de l'abandon du traitement de l'adolescent avec TPL. Il faut aussi rappeler que le devis de cette recherche n'a pas été conçu pour comparer l'efficacité de différentes approches thérapeutiques à maintenir les adolescents en traitement. La prudence s'impose quant à l'extrapolation des résultats pour juger de l'efficacité d'approches spécifiques à prévenir l'abandon de traitement. De plus, le fait que les cas d'abandon examinés se sont limités à ceux de jeunes filles traitées dans une seule clinique restreint la transférabilité des résultats. De plus, certains adolescents ayant refusé de participer à cette étude ne souhaitaient pas se remémorer leur épisode de soins en pédopsychiatrie. Ils présentaient peut-être des vulnérabilités à l'abandon différentes des jeunes qui ont accepté de participer.

Il convient aussi de mentionner qu'aucun médecin n'a pu participer à l'étude malgré le rôle central de ce soignant dans la prise en charge des adolescents avec TPL. L'exploration plus approfondie du leadership médical aurait possiblement mis en lumière d'autres avenues pour comprendre l'abandon et en diminuer l'incidence.

Bibliographie

- Abella, A., & Manzano, J. (2000). Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. *Schweizer Archives Für Neurologie und Psychiatrie*, 151, 86-92.
- Almqvist. (2007). The concepts of participation, engagement and flow: a matter of creating optimal play experiences. *South African journal of occupational therapy*, 37(3), 8-13.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, text revision* (4th^e éd.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C. A., & Collier, J. A. (1999). Managing poor adherence to medication in children and adolescent. *Clinical child psychology and psychiatry*, 4, 393.
- Appleby, L., & Warner, R. (1993). Parasuicide: features of repetition and the implications for intervention. *Psychol Med*, 23(1), 13-16.
- Armbruster, P., & Fallon, T. (1994). Clinical, sociodemographic, and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic. *Am J Orthopsychiatry*, 64(4), 577-585.
- Armbruster, P., & Schwab-Stone, M. E. (1994). Sociodemographic characteristics of dropouts from a child guidance clinic. *Hosp Community Psychiatry*, 45(8), 804-808.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: a preliminary task analysis. *Psychother Res*, 18(6), 699-710. doi: 901388682 [pii]10.1080/10503300802291463
- Attride-Stirling, J., Davis, H., Farrell, L., Groark, C., & Day, C. (2004). Factors Influencing Parental Engagement in a Community Child and Adolescent Mental Health Service: A Qualitative Comparison of Completers and Non-Completers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry Vol 9(3) Jul 2004*, 347-361.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*, 134(2), 169-179.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 247-267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247

- Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P. (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *Br J Med Psychol*, 71 (Pt 3), 233-245.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder : mentalization-based treatment*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder : a practical guide*. Oxford ; Toronto: Oxford University Press.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *Am J Psychiatry*, 157(12), 2011-2016.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*, 150(8), 1237-1243.
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client . *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116.
- Binder, P. E., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S. H., & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychother Res*, 21(5), 554-566. doi: 10.1080/10503307.2011.587471
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD005652.
- Bleiberg, E. (1994). Borderline disorders in children and adolescents: the concept, the diagnosis, and the controversies. *Bull Menninger Clin*, 58(2), 169-196.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Iancu, I. (2010). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 52(5), 548-555. doi: S0010-440X(10)00171-9 [pii] 10.1016/j.comppsy.2010.10.004

- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder--a prospective study. *Behav Res Ther*, 38(9), 875-887.
- Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S. (2004). Construct Validity of the Adolescent Borderline Personality Disorder: A Review. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13, 53-57.
- Bongar, B., Peterson, L. G., Golann, S., & Hardiman, J. J. (1990). Self-mutilation and the chronically suicidal patient: An examination of the frequent visitor to the psychiatric emergency room. (3), 217-222.
- Brent, D. A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Matta, J., . . . Constantine, D. (1993). Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 69-75.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., . . . Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- Breton, J. J., Briones, L., Lemyze, P., & De La Durantaye, A. (1975). Évaluation des soins en psédopsychiatrie. *Canadian psychiatric association journal*, 20, 201-208.
- Breton, J. J., Labelle, R., Balan, B., Beauregard, V., Guilé, J. M., & Berthiaume, C. (2007, Juin). *Troubles de l'humeur et conduites suicidaires en pédopsychiatrie*. Communication présenté La psychopathologie et les étapes de la vie, 41ème congrès annuel de l'AMPQ, Mont-Tremblant.
- Brewer, J., & Hunter, A. (2006). Finding the objects to study (*Foundations of multimethod research: synthesizing styles* (p. 79-95). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav*, 36(3), 313-322.
- Burns, C. D., Cortell, R., & Wagner, B. M. (2008). Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8), 948-957.
- Cailhol, L. (2008, Mai 2008). *Le concept d'acceptabilité des traitements offerts: notre offre de service est-elle si invitante?* Communication présenté Les troubles de la personnalités: Gestion de crises et alternatives à la psychothérapie, Montréal.
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., . . . Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *J Pers Disord*, 27(2), 252-259. doi: 10.1521/pedi.2013.27.2.252

- Carpentier-Roy, M.-C., & Vézina, M. (2000). *Le travail et ses malentendus : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*. Sainte-Foy, Toulouse: Presses de l'Université Laval ;Octares Éditions.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., & Callahan, S. (2001). [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients]. *Encephale*, 27(2), 120-127.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., Duconge, E., Callahan, S., & Mullet, E. (2003). [Frequency of borderline personality disorders among adolescents]. *Encephale*, 29(1), 83-84.
- Chalmers, A. F. (1988). *Qu'est-ce que la science? : récents développements en philosophie des sciences : Popper, Kuhn, Lakatos, Feyerabend*. Paris: La Découverte.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., . . . McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 193(6), 477-484. doi: 193/6/477 [pii]10.1192/bjp.bp.107.048934
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 68(2), 297-306.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2008). Engaging and managing an unwilling or aggressive young person. *MedecineToday*, 9(6), 81-83.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*, 15(3), 163-172. doi: 10.1097/01.pra.0000351876.51098.f000131746-200905000-00002 [pii]
- Charmaz, K. (2000). Constructivist and objectivist grounded theory. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative research* (2nd^e éd., p. 675-694). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage publications.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *J Clin Psychol*, 62(4), 405-410.

- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Personal Disord*, 18(1), 52-72.
- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs*, 11(3), 186-191.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *J Personal Disord*, 19(5), 466-486.
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 54(8), 1149-1154.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Corbitt, E. M., Malone, K. M., Haas, G. L., & Mann, J. J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord*, 39(1), 61-72. doi: 0165032796000237 [pii]
- Cottrell, D., Hill, P., Walk, D., Dearnaley, J., & Ierotheou, A. (1988). Factors influencing non-attendance at child psychiatry out-patient appointments. *British Journal of Psychiatry* 152:201-4, 1988 Feb.
- Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: a short-term longitudinal study. *Dev Psychopathol*, 17(4), 1051-1070.
- Csikszentmihalyi, M. (1991). *Flow : the psychology of optimal experience*. (1 st HarperPerennial[®] éd.). New York: HarperPerennial.
- Dakof, G. A., Tejeda, M., & Liddle, H. A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(3), 274-281. doi: S0890-8567(09)60510-4 [pii]10.1097/00004583-200103000-00006
- Daly, A. M., Llewelyn, S., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2010). Rupture resolution in cognitive analytic therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Psychol Psychother*, 83(Pt 3), 273-288. doi: pptrp524 [pii]10.1348/147608309X481036
- Dawes, N. P., & Larson, R. (2010). How youth get engaged: Grounded-theory research on motivational development in organized youth programs. *Developmental Psychology*, 47(1), 259-269. doi: 10.1037/a0020729

- Devers, K. J. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Serv Res*, 34(5 Pt 2), 1153-1188.
- Dierker, L., Nargiso, J., Wiseman, R., & Hoff, D. (2001). Factors predicting attrition within a community initiated system of care. *Journal of child and family studies*, 10, 367-383.
- Dixon, L. B., Krauss, N., Kernan, E., Lehman, A. F., & DeForge, B. R. (1995). Modifying the PACT model to serve homeless persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 46(7), 684-688.
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M., & van der Staak, C. P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clin Psychol Rev*, 23(8), 1115-1137. doi: S0272735803001107 [pii]
- El-Badri, S. M., & McArdle, P. (1998). Attendance at child psychiatry clinics: Comparison with attendance at child medical and surgical clinics. *Psychiatric Bulletin*, 22(9), 554-556.
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10(4), 393-401.
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders among Treatment Refractory Adolescents Admitted for Specialized Psychotherapy. *J Pers Disord*, 25(6), 842-850. doi: 10.1521/pedi.2011.25.6.842
- Fernandez, M. A., & Eyberg, S. M. (2009). Predicting treatment and follow-up attrition in parent-child interaction therapy. *J Abnorm Child Psychol*, 37(3), 431-441. doi: 10.1007/s10802-008-9281-1
- Fiestner, A. R., Mahrer, A. R., Giambra, L. M., & Ormiston, D. W. (1974). Shaping a clinic population: the dropout problem reconsidered. *Community Ment Health J*, 10(2), 173-179.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Hwang, W. C. (2000). Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *J Clin Child Psychol*, 29(1), 94-107. doi: 10.1207/S15374424jccp2901_10
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *Am J Psychiatry*, 142(8), 922-926.
- Fougeyrollas, P., & St-Onge, M. Le modèle du Processus de production du handicap et son potentiel pour mieux comprendre et intervenir sur les déterminants de la participation sociale et de l'exercice de la citoyenneté en santé mentale. Repéré à http://www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/03_xive-atelier-sum.pdf.

- Fraser, K., & Gallop, R. (1993). Nurses' confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Arch Psychiatr Nurs*, 7(6), 336-341.
- Friedman, A. S., & Glickman, N. W. (1987). Effects of psychiatric symptomatology on treatment outcome for adolescent male drug abusers. *J Nerv Ment Dis*, 175(7), 425-430.
- Gabbard, G. O. (1993). An overview of countertransference with borderline patients. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 2(1), 7-18.
- Gabbard, G. O., & Horowitz, M. (2009). Insight, transference interpretation, and therapeutic change in the dynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(5), 517-521. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050631 [pii]
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of Countertransference With Borderline Patients*. American Psychiatric Press.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *J Consult Clin Psychol*, 70(2), 439-443.
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D., & Kruse, M. I. (2000). Correlates of adolescents' satisfaction with mental health services. *Ment Health Serv Res*, 2(3), 127-139.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., & Short, K. D. (2012). Adolescent adherence to psychosocial treatment: mental health clinicians' perspectives on barriers and promoters. *Psychother Res*, 22(3), 317-326. doi: 10.1080/10503307.2011.653996
- Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity. Advances in the theory of grounded theory*. San Francisco: The sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Adline Publishing Company.
- Goldacre, M., & Hawton, K. (1985). Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses. *Br J Psychiatry*, 146, 395-398.
- Goldman, S. J., D'Angelo, E. J., & DeMaso, D. R. (1993). Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1832-1835.
- Gould, M. S., Shaffer, D., & Kaplan, D. (1985). The characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 24(3):316-28, 1985 May, 24(3), 316-328.
- Granboulan, V., Roudot-Thoraval, F., Lemerle, S., & Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*, 104(1), 31-36.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2004). Competing Paradigms in Qualitative Research. Dans S. Hesse-Biber & P. Leavy (dir.), *Handbook of Qualitative Research* (p. 17-37). New York: Oxford University Press, inc.
- Gunderson, J., Najavits, L., Leonhard, C., Sullivan, C., & Sabo, A. (1997). Ontogeny of the Therapeutic Alliance in Borderline Patients. *Psychotherapy Research*, 7(3), 301-309. doi: 10.1080/10503309712331332033
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177(1), 38-42.
- Gunderson, J. G., & Ridolfi, M. E. (2001). Borderline personality disorder. Suicidality and self-mutilation. *Ann N Y Acad Sci*, 932, 61-73; discussion 73-67.
- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 11(1), 59-67. doi: 10.1089/104454601750143465
- Halaby, K. S. (2004). *Variables predicting noncompliance with short-term dialectical behavior therapy for suicidal and parasuicidal adolescents*. (Halaby, Kimelle S.: Rutgers The State U New Jersey, Graduate School Of Applied And Professional Psychology, US). Repéré à <http://www.il.proquest.com/umi/> (2004-99024-161)
- Hales, R. E., Yudofsky, S. C., Gabbard, G. O., & Publishing, A. P. (2008). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. American Psychiatric Pub.
- Hall, A. M., Jo Smith, Chris Jones, Marianne. (2001). Brief report: The development and psychometric properties of an observer-rated measure of engagement with mental health services. *Journal of Mental Health*, 10(4), 457-465. doi: doi:10.1080/09638230124439
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163. doi: 10.1002/jclp.20108
- Haw, C., Houston, K., Townsend, E., & Hawton, K. (2002). Deliberate self harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. *J Affect Disord*, 70(1), 57-65. doi: S0165032701003172 [pii]
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 34(1), 117-128. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_11

- Hill, C., Thompson, B., & Corbett, M. (1992). The Impact of Therapist Ability to Perceive Displayed and Hidden Client Reactions on Immediate Outcome in First Sessions of Brief Therapy. *Psychotherapy Research*, 2(2), 143-155. doi: 10.1080/10503309212331332914
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40(3), 278-287.
- Holmes, P. (1983). "Dropping out" from an adolescent therapeutic group: A study of factors in the patients and their parents which may influence this process. *Journal of Adolescence*, 6(4), 333-346.
- Houbart, L., Gernay, X., Gernay, P., Berger, N., & Foatelli, F. M. (2005). [Suicide of young adults: psychiatric and psychosocial comorbidity]. *Rev Med Liege*, 60(7-8), 669-675.
- Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, 57(1), 67-91.
- Hunsley, J., Aubry, T. D., Verstervelt, C. M., & Vito, D. (1999). Comparing therapist and client perspectives on reasons for psychotherapy termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 380-388. doi: 10.1037/h0087802
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S., & Brook, J. S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56(9), 805-811.
- Jordan, J., McKenna, H., Keeney, S., Cutcliffe, J., Stevenson, C., Slater, P., & McGowan, I. (2012). Providing meaningful care: learning from the experiences of suicidal young men. *Qual Health Res*, 22(9), 1207-1219. doi: 1049732312450367 [pii]10.1177/1049732312450367
- Kaminer, Y., Tarter, R. E., Bukstein, O. G., & Kabene, M. (1992). Comparison between treatment completers and noncompleters among dually diagnosed substance-abusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(6), 1046-1049.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Ment Health Serv Res*, 7(1), 35-51.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent

- treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev*, 26(1), 50-65. doi: S0272-7358(05)00115-7 [pii]10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G., & Brook, J. S. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1529-1535.
- Kazdin, A. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical child psychology and psychiatry*, 1(1), 133-156.
- Kazdin, A. E. (1990). Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(3), 415-425.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *J Consult Clin Psychol*, 65(3), 453-463.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(8), 1051-1062.
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1069-1074.
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 2-16.
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Siegel, T. C. (1994). Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 549-557.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Ment Health Serv Res*, 2(1), 27-40.
- Kelly, T., Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A., & al, e. (1992). Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 417-433.
- Kendall, P. C., & Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*, 65(5), 883-888.
- Kernberg, P., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York: Basic Books.
- Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance. Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry*, 176, 160-165.

- King, C. A., Hovey, J. D., Brand, E., Wilson, R., & Ghaziuddin, N. (1997). Suicidal adolescents after hospitalization: parent and family impacts on treatment follow-through. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(1), 85-93. doi: S0890-8567(09)63703-5 [pii]10.1097/00004583-199701000-00021
- Kirk, J., & Miller, M. (1987). Reliability and validity in qualitative research (*Qualitative research methods series* (3rd^e éd.). Beverly Hills: Sage University Paper.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatr Serv*, 57(6), 795-802. doi: 57/6/795 [pii]10.1176/appi.ps.57.6.795
- Koekkoek, B., van Meijel, B., van Ommen, J., Pennings, R., Kaasenbrood, A., Hutschemaekers, G., & Schene, A. (2010). Ambivalent connections: a qualitative study of the care experiences of non-psychotic chronic patients who are perceived as 'difficult' by professionals. *BMC Psychiatry*, 10, 96. doi: 1471-244X-10-96 [pii]10.1186/1471-244X-10-96
- Korenblum, M., Marton, P., Golombek, H., & Stein, B. (1990). Personality status: changes through adolescence. *Psychiatr Clin North Am*, 13(3), 389-399.
- Kosten, T. A., & Rounsaville, B. J. (1992). Sensitivity of psychiatric diagnosis based on the best estimate procedure. *Am J Psychiatry*, 149(9), 1225-1227.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. *Am J Occup Ther*, 45(3), 214-222.
- Kuhn, T. S. (1990). *La tension essentielle. Tradition et changement dans les sciences*. . Paris: Gallimard.
- Kullgren, G. (1988). Factors associated with completed suicide in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 176(1), 40-44.
- Lai, K. Y., Chan, T. S., Pang, A. H., & Wong, C. (1997). Dropping out from child psychiatric treatment: Reasons and outcome. *International Journal of Social Psychiatry Vol 43(3) Fal 1997*, 223-229.
- Laitinen-Krispijn, S., Van der Ende, J., Wierdsma, A. I., & Verhulst, F. C. (1999). Predicting adolescent mental health service use in a prospective record-linkage study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(9), 1073-1080.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 165-174. doi: 10.1002/jclp.20113
- Larousse. Engagement. Repéré le 11 novembre 2012 à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/engagement/29510>

- Lazaratou, H., Vlassopoulos, M., & Dellatolas, G. (2000). Factors affecting compliance with treatment in an outpatient child psychiatric practice: A retrospective study in a community mental health centre in Athens. *Psychother Psychosom*, 69(1), 42-49.
- Leckman, J. F., Sholomskas, D., Thompson, W. D., Belanger, A., & Weissman, M. M. (1982). Best estimate of lifetime psychiatric diagnosis: a methodological study. *Arch Gen Psychiatry*, 39(8), 879-883.
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of educational research*, 52(1), 31-60.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Menard-Buteau, C., & Loyer, M. (1994). Suicide and mental disorders: a case-control study of young men.[see comment]. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1063-1068.
- Levy, K. N., Becker, D. F., Grilo, C. M., Mattanah, J. J., Garnet, K. E., Quinlan, D. M., . . . McGlashan, T. H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1522-1528.
- Levy, K. N., Beeney, J. E., & Temes, C. M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 13(1), 50-59. doi: 10.1007/s11920-010-0169-8
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 1027-1040. doi: 2006-22003-005 [pii]10.1037/0022-006X.74.6.1027
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1993). Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 60-68.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(12), 1752-1759.
- Liddle, H. A. (1995). Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 39-58. doi: 10.1037/0033-3204.32.1.39
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publication Ltd.

- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*.
- Linehan, M. (1993b). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Res Monogr*, 137, 201-216.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Litt, I. F., Cuskey, W. R., & Rudd, S. (1983). Emergency room evaluation of the adolescent who attempts suicide: compliance with follow-up. *J Adolesc Health Care*, 4(2), 106-108.
- Löffler-Stastka, H., Voracek, M., Leithner, K., Fisher-Kern, M., Presslich, E., Kunz, C., & Meissel, T. (2003). Predicting psychotherapy utilisation for patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 13(2), 255-264.
- Lofgren, D. P., Bemporad, J., King, J., Lindem, K., & O'Driscoll, G. (1991). A prospective follow-up study of so-called borderline children. *Am J Psychiatry*, 148(11), 1541-1547.
- Luk, E. S., Staiger, P. K., Mathai, J., Wong, L., Birleson, P., & Adler, R. (2001). Children with persistent conduct problems who dropout of treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10(1), 28-36.
- MacNaughton, K. L., & Rodrigue, J. R. (2001). Predicting adherence to recommendations by parents of clinic-referred children. *J Consult Clin Psychol*, 69(2), 262-270.
- Mandell, D. S., Walrath, C. M., & Goldston, D. B. (2006). Variation in functioning, psychosocial characteristics, and six-month outcomes among suicidal youth in comprehensive community mental health services. *Suicide Life Threat Behav*, 36(3), 349-362.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66(3), 180-186. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02329.x
- Marton, P., Korenblum, M., Kutcher, S., Stein, B., Kennedy, B., & Pakes, J. (1989). Personality dysfunction in depressed adolescents. *Can J Psychiatry*, 34(8), 810-813.
- Mattanah, J. J., Becker, D. F., Levy, K. N., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *Am J Psychiatry*, 152(6), 889-894.

- McKay, M. M., & Bannon, W. M., Jr. (2004). Engaging families in child mental health services. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 13(4), 905-921, vii. doi: 10.1016/j.chc.2004.04.001S1056499304000343 [pii]
- McKay, M. M., Harrison, M. E., Gonzales, J., Kim, L., & Quintana, E. (2002). Multiple-family groups for urban children with conduct difficulties and their families. *Psychiatr Serv*, 53(11), 1467-1468.
- McMurran, M., & Ward, T. (2010). Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change. *Crim Behav Ment Health*, 20(2), 75-85. doi: 10.1002/cbm.762
- Meehan, K. B. (2007). *Affective communication as a mechanism of change in the treatment of borderline personality disorder*. (3283168, City University of New York, United States -- New York). Repéré à <http://search.proquest.com/docview/304883684?accountid=12543> Accessible par ProQuest Dissertations & Theses (PQDT). (MSTAR_304883684)
- Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and Readiness for Therapeutic Community Treatment among Adolescents and Adult Substance Abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23(4), 485-506. doi: doi:10.3109/00952999709016891
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev*, 28(6), 969-981. doi: S0272-7358(08)00029-9 [pii]10.1016/j.cpr.2008.02.004
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.
- Morrissey-Kane, E., & Prinz, R. J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: the role of parental cognitions and attributions. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 2(3), 183-198.
- Mowbray, C. T., Cohen, E., & Bybee, D. (1993). The challenge of outcome evaluation in homeless services: engagement as an intermediate outcome measure. *Evaluation and Program Planning*, 16(4), 337-346.
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: a conceptual and empirical review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 8(2), 149-166.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work : evidence-based responsiveness*. (2nd^e éd.). New York: Oxford University Press.
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(7), 558-568. doi: 10.1007/s00127-008-0476-0

- Oetzel, K. B., & Scherer, D. G. (2003). Therapeutic Engagement With Adolescents in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 215-225. doi: 10.1037/0033-3204.40.3.215
- Ottino, J. (1995). [Suicidal adolescents: psychotherapy and treatment interruption. Results of a controlled study]. *Psychiatr Enfant*, 38(2), 573-602.
- Owens, P. L., Hoagwood, K., Horwitz, S. M., Leaf, P. J., Poduska, J. M., Kellam, S. G., & Ialongo, N. S. (2002). Barriers to children's mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(6), 731-738. doi: S0890-8567(09)61028-5 [pii]10.1097/00004583-200206000-00013
- Pagnin, D., de Queiroz, V., & Saggese, E. G. (2005). Predictors of attrition from day treatment of adolescents with substance-related disorders. *Addict Behav*, 30(5), 1065-1069. doi: S0306-4603(04)00332-6 [pii]10.1016/j.addbeh.2004.09.013
- Pancer, S. M., Rose-Krasnor, L., & Loiselle, L. D. (2002). Youth conferences as a context for engagement. *New Dir Youth Dev*(96), 47-64. doi: 10.1002/yd.26
- Paré-Miron, V. (2010). *La perception des thérapeutes sur les difficultés d'intervenir auprès des adolescents atteints d'un trouble de personnalité limite avec conduites suicidaires* (Université de Montréal, Montréal).
- Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17(4), 1091-1104.
- Paris, J., Nowlis, D., & Brown, R. (1989). Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 34(1), 8-9.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Patton, M. Q. (2002). Strategic themes in qualitative inquiry (*Qualitative research & evaluation methods* (3rd^e éd., p. 37-73). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training Vol 22(1) Spr 1985*, 86-91.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 91-98.
- Pekarik, G., & Finney-Owen, K. (1987). Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout. *Community Ment Health J*, 23(2), 120-130.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Laippala, P., & Lonnqvist, J. (2000). Factors associated with early dropout from adolescent psychiatric outpatient treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(3), 329-336.

- Pellerin, K. A., Costa, N. M., Weems, C. F., & Dalton, R. F. (2010). An examination of treatment completers and non-completers at a child and adolescent community mental health clinic. *Community Ment Health J*, 46(3), 273-281. doi: 10.1007/s10597-009-9285-5
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 156(9):1312-21, 1999 Sep.
- Perseus, K. I., Ekdahl, S., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2005). To tame a volcano: patients with borderline personality disorder and their perceptions of suffering. *Arch Psychiatr Nurs*, 19(4), 160-168.
- Pescosolido, B. A., & Boyer, C. (1999). How Do People Come to Use Mental Health Services? Current Knowledge and Changing Perspectives. Dans Horwitz A.V. & Scheid T.L. (dir.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (p. 392-411): Cambridge University Press.
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 106-113. doi: S0890-8567(09)64777-8 [pii] 10.1097/00004583-199301000-00016
- Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Gillis, J. R., Graae, F., Trautman, P., Cantwell, C., . . . Shaffer, D. (1995). Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *J Consult Clin Psychol*, 63(3), 469-473.
- Pillay, A. L., & Wassenaar, D. R. (1995). Psychological intervention, spontaneous remission, hopelessness, and psychiatric disturbance in adolescent parasuicides. *Suicide Life Threat Behav*, 25(3), 386-392.
- Pillay, A. L., & Wassenaar, D. R. (1997). Family dynamics, hopelessness and psychiatric disturbance in parasuicidal adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*, 31(2), 227-231.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., & Tatarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med*, 12(4), 169-178. doi: 00063110-200508000-00005 [pii]
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Pope, C., & Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care*. (3rd^e éd.). Malden, Mass.: Blackwell Pub./BMJ Books.
- Popper, K. R. (1985). *Conjectures et réfutations : la croissance du savoir scientifique*. Paris: Payot.

- Pourtois, J. P., & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique. *Réseaux*, 13-35.
- Prinz, R. J., & Miller, G. E. (1994). Family-based treatment for childhood antisocial behavior: experimental influences on dropout and engagement. *J Consult Clin Psychol*, 62(3), 645-650.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy : a transtheoretical analysis*. (3rd^e éd.). Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole Pub. Co.
- Ramey, H. L., Busseri, M. A., Khanna, N., Hamilton, Y. N., Ottawa, Y. N., & Rose-Krasnor, L. (2010). Youth engagement and suicide risk: testing a mediated model in a Canadian community sample. *J Youth Adolesc*, 39(3), 243-258.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 32(2), 146-157.
- Rauenhorst, J. M. (1972). Follow-up of young women who attempt suicide. *Dis Nerv Syst*, 33(12), 792-797.
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L., & Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(7), 846-851.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. . *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473-483.
- Rich, C. L., & Runeson, B. S. (1992). Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatr Scand*, 86(5), 335-339.
- Riso, L. P., Klein, D. N., Anderson, R. L., & Ouimette, P. C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *J Personal Disord*, 14(3), 208-217.
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *J Fam Psychol*, 20(1), 108-116. doi: 2006-03561-012 [pii]10.1037/0893-3200.20.1.108
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *J Fam Psychol*, 17(4), 534-544. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.5342003-10052-011 [pii]
- Rose-Krasnor, L. (2009). Future Directions in Youth Involvement Research. *Social Development*, 18(2), 497-509. doi: 10.1111/j.1467-9507.2008.00506.x

- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., & Feldman, J. (1999). Treatment adherence among Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 29(4), 319-331.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., . . . Feldman, J. (1996). Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(5), 654-663.
- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D. S., . . . Schuessler, G. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 117-127. doi: 10.1080/10503300512331327092
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J Nerv Ment Dis*, 179(3), 153-156.
- Rusch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., . . . Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 39(4), 497-503. doi: S0005-7916(08)00011-6 [pii]10.1016/j.jbtep.2007.11.006
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*, 55(1), 68-78.
- Safran, J. D., Muran, C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance rupture. Dans J. C. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness* (p. 224-238). New York: Oxford University Press.
- Sales, C. (2003). Understanding prior dropout in psychotherapy. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 3(1), 81-90.
- Sansone, R. A., Fine, M. A., & Dennis, A. B. (1991). Treatment impressions and termination experiences with borderline patients. *Am J Psychother*, 45(2), 173-180.
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P., & Mitrani, V. B. (2003). Integrative Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the Challenges of Treating Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 251-264. doi: 10.1037/0033-3204.40.4.251
- Schley, C., Yuen, K., Fletcher, K., & Radovini, A. (2012). Does engagement with an intensive outreach service predict better treatment outcomes in 'high-risk' youth? *Early Interv Psychiatry*, 6(2), 176-184. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00338.x

- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents--a randomized controlled pilot study. *Clin Psychol Psychother*, 16(6), 467-478. doi: 10.1002/cpp.637
- Siegel, M., Norris, C. A., & Escobar, S. F. (1994). Adolescent discharge against medical advice from a psychiatric hospital. *Residential Treatment for Children & Youth*, 11(3), 35-43.
- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry*, 51(12), 964-968.
- Singh, H., Janes, C. L., & Schechtman, J. M. (1982). Problem children's treatment attrition and parents' perception of the diagnostic evaluation. *Journal of Psychiatric Treatment & Evaluation Vol 4(3) 1982*, 257-263.
- Sirles, E. A. (1990). Dropout from intake, diagnostics, and treatment. *Community Ment Health J*, 26(4), 345-360.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatr Q*, 74(4), 349-360.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis*, 171(7), 405-410.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., . . . Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*, 159(2), 276-283.
- Sledge, W. H., Benarroche, C. L., & Phillips, S. H. (1988). Adolescent elopement from a psychiatric hospital: Multiple dimensions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(9), 562-567.
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *Am J Psychiatry*, 147(10), 1341-1347.
- Soler, J., Trujols, J., Pascual, J. C., Portella, M. J., Barrachina, J., Campins, J., . . . Perez, V. (2008). Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol*, 47(Pt 4), 417-426. doi: 299143 [pii]10.1348/014466508X314882
- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*, 169(5), 484-490. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11091378
- Soloff, P. H., Fabio, A., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2005). High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *J Personal Disord*, 19(4), 386-399.

- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 151(9), 1316-1323.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry*, 157(4), 601-608.
- Sommers-Flanagan, J., Richardson, B. G., & Sommers-Flanagan, R. (2011). A Multi-Theoretical, Evidence-Based Approach for Understanding and Managing Adolescent Resistance to Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 41, 69-80.
- Spirito, A., Boergers, J., Donaldson, D., Bishop, D., & Lewander, W. (2002). An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(4), 435-442.
- Spirito, A., Lewander, W. J., Levy, S., Kurkjian, J., & Fritz, G. (1994). Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr Emerg Care*, 10(1), 6-12.
- Spirito, A., Plummer, B., Gispert, M., Levy, S., Kurkjian, J., Lewander, W., . . . Devost, L. (1992). Adolescent suicide attempts: outcomes at follow-up. *Am J Orthopsychiatry*, 62(3), 464-468.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York ;Montreal: Holt Rinehart and Winston.
- Stern, G., Cottrell, D., & Holmes, J. (1990). Patterns of attendance of child psychiatry out-patients with special reference to Asian families. *Br J Psychiatry*, 156, 384-387.
- Stevens, J., Kelleher, K., Ward-Estes, J., & Hayes, J. (2006). Perceived Barriers to Treatment and Psychotherapy Attendance in Child Community Mental Health Centers. *Community Mental Health Journal*, 42(5), 449-458. doi: 10.1007/s10597-006-9048-5
- Stewart, S. E., Manion, I. G., & Davidson, S. (2002). Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature. *J Adolesc Health*, 30(5), 312-325. doi: S1054139X01003214 [pii]
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., . . . Barkham, M. (2004). Patterns of Alliance Development and the Rupture-Repair Hypothesis: Are Productive Relationships U-Shaped or V-Shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.81
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

- Taylor, E., & Stansfeld, S. (1984). Children who poison themselves: II. Prediction of attendance for treatment. *British Journal of Psychiatry Vol 145 Aug 1984*, 132-135 <http://bjprcpsych.org/>.
- Thiétart, R. A. (2011). *Doing Management Research: A Comprehensive Guide*. London: Sage Publications.
- Todd, D. M., Deane, F. P., & Bragdon, R. A. (2003). Client and therapist reasons for termination: A conceptualization and preliminary validation. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 133-147. doi: 10.1002/jclp.10123
- Trautman, P. D., Stewart, N., & Morishima, A. (1993). Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 89-94.
- van Heeringen, C., Jannes, S., Buylaert, W., Henderick, H., & et al. (1995). The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patient: A controlled intervention study. *Psychological Medicine*, 25(5), 963-970.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*, 182, 135-140.
- Viale-Val, G., Rosenthal, R. H., Curtiss, G., & Marohn, R. C. (1984). Dropout from adolescent psychotherapy: a preliminary study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23(5):562-8, 1984 Sep.
- Webb, D., & McMurran, M. (2009). A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(2), 142-149. doi: 10.1002/pmh.69
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 70(1), 21-43.
- Westen, D. (2001). Diagnosing personality disorders. *Am J Psychiatry*, 158(2), 324-325.
- Westen, D., Betan, E., & Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: associations with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 23(1), 305-313. doi: S0954579410000817 [pii]10.1017/S0954579410000817
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *Am J Psychiatry*, 160(5), 952-966.
- Westmacott, R., & Hunsley, J. (2010). Reasons for terminating psychotherapy: a general population study. *J Clin Psychol*, 66(9), 965-977. doi: 10.1002/jclp.20702

- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: a comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychother Res*, 20(4), 423-435. doi: 923103371 [pii]10.1080/10503301003645796
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195.
- Willick, M. S. (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: a cautionary tale. *J Am Psychoanal Assoc*, 49(1), 27-56.
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do Gender and Racial Differences Between Patient and Therapist Affect Therapeutic Alliance and Treatment Retention in Adolescents? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400-408. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.400
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing Dialectical Behavior Therapy With Adolescents and Their Families in a Community Outpatient Clinic. *Cognitive and behavioral practice*, 15(3), 277-286.
- Work Group on Borderline Personality Disorder. (2001). Work Group on Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 158(10 Suppl), 1-52.
- Wu, C.-Y., Chen, S.-P., & Grossman, J. (2000). Facilitating Intrinsic Motivation in Clients with Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 1-14. doi: 10.1300/J004v16n01_01
- Yen, S., Pagano, M. E., Shea, M. T., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., . . . Zanarini, M. C. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Consult Clin Psychol*, 73(1), 99-105.
- Yeomans, F. E., Gutfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J. F., & Hull, J. W., .Smith, T.E. . (1994). Factors related to drop-outs by borderline patients. Treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res*, 3, 16-24.
- Yin, R. K. (2007). *Case study research : design and methods*. (fourth^e éd.). Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288.
- Zagayko, K. L. (1994). *Premature termination in child and adolescent therapy cases: Predictors of termination status and relationship to outcome*. (Virginia Commonwealth University, US, Richmond). Repéré à <http://www.il.proquest.com/umi/> (1995-95001-176)

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*, 161(11), 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 163(5), 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry*, 42(2), 144-150.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J Personal Disord*, 20(1), 9-15.
- Zorn, P., Roder, V., Kramer, U., & Pomini, V. (2007). [Emotion activation in personality disorders]. *Sante Ment Que*, 32(1), 181-194. doi: 016515ar [pii]
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42(6), 692-700. doi: S0890-8567(09)61158-8 [pii]10.1097/01.CHI.0000046862.56865.B7
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(4), 153-161. doi: 10.1007/s00787-003-0322-6

ANNEXES

Annexe I : Canevas d’entrevue

**MIEUX COMPRENDRE L'ABANDON DU TRAITEMENT
POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE
CHEZ LES ADOLESCENTS
PRÉSENTANT DES TRAITS DE PERSONNALITÉ LIMITE**

**CANEVAS D'ENTREVUE
ADOLESCENT**

L'étude à laquelle tu as accepté de participer vise à comprendre pourquoi certains adolescents, comme toi, envisagent d'abandonner leur suivi en pédopsychiatrie. Plusieurs difficultés ou désagréments peuvent survenir au cours d'un traitement, mais nous ne connaissons pas encore très bien de quelle manière ces difficultés influencent la décision de cesser un traitement.

Je vais te poser des questions sur ton expérience de traitement en pédopsychiatrie. Tes réponses vont aider les chercheurs à cerner quelles sont les raisons qui incitent les jeunes à cesser leur suivi une fois qu'il est débuté. Il est donc très important que tu décrives le mieux possible les situations telles que tu les as vécues. Je te rappelle que tes réponses sont confidentielles et qu'elles n'auront aucune influence sur ton traitement.

1. Peux-tu me raconter ce qui s'est passé pour que tu reçoives des services en pédopsychiatrie?
2. Comment l'idée de demander de l'aide professionnelle est-elle survenue?
 - a. Était-ce ton idée de demander de l'aide ou celle de quelqu'un d'autre?
3. Peux-tu décrire le traitement qui t'a été proposé?

4. Peux-tu me décrire les étapes que tu as traversées entre le début de tes difficultés et le moment où tu as commencé un traitement?
5. Que pensais-tu du traitement qui t'a été offert?
 - a. Peux-tu décrire comment il t'a été proposé?
 - b. Te sentais-tu obligé (e) d'accepter?
 - c. Quelles étaient tes attentes? (durée, résultats)
6. Comment te sentais-tu par rapport à l'idée d'être engagé(e) dans un traitement en pédopsychiatrie?
7. Tes ami(e)s étaient-ils au courant que tu suivais un traitement?
 - a. Si oui, qu'en disaient-ils?
 - b. Leur opinion avait-elle une influence sur toi?
8. Comment tes parents se sont-ils impliqués dans ton traitement?
 - a. Que pensaient tes parents de ton suivi?
 - b. Étaient-ils d'accord, t'encourageaient-ils?
 - c. Avais-tu l'impression qu'ils croyaient que cela pouvait t'aider?
9. Peux-tu décrire tes impressions des professionnels qui se sont occupés de toi?
10. Peux-tu parler de ton traitement?
 - a. Décris les aspects qui te plaisaient le plus?
 - b. Décris les aspects qui te déplaçaient le plus?
11. Les interventions ont-elles généré de l'inconfort ou de la détresse chez toi?
 - a. Si oui, explique de quelle manière?
 - b. Comment te sentais-tu?
 - i. Avant, pendant et après les rencontres?
 - ii. Avec ton thérapeute?
12. Peux-tu raconter comment l'idée de cesser de suivre ton traitement est arrivée?
 - a. À quel moment du suivi?
 - b. Idée subite ou réfléchie?

13. Quelles ont été ta ou tes motivations pour vouloir cesser ton traitement?
- a. Causes externes au traitement?
 - b. Causes en liens avec le traitement?
14. Qu'as-tu fait lorsque l'idée d'abandonner ton traitement t'est venue?
15. Il y a-t-il quelque chose qui aurait pu te convaincre de poursuivre ton traitement?
16. Avais-tu envisagé des conséquences négatives ou des risques à l'arrêt de ton traitement?
17. Avais-tu envisagé des conséquences positives ou des avantages à l'arrêt de ton traitement?
18. Peux-tu m'expliquer ta vision d'une fin idéale de ton traitement?

***MIEUX COMPRENDRE L'ABANDON DU TRAITEMENT
POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE
CHEZ LES ADOLESCENTS
PRÉSENTANT DES TRAITS DE PERSONNALITÉ LIMITE***

**CANEVAS D'ENTREVUE
PARENT**

L'étude à laquelle vous avez accepté de participer vise à comprendre pourquoi certains adolescents, comme le (la) vôtre, envisagent d'abandonner leur suivi en pédopsychiatrie. Plusieurs difficultés ou désagréments peuvent survenir au cours d'un traitement, mais nous ne connaissons pas encore très bien de quelle manière ces difficultés influencent la décision de cesser un traitement.

Je vais vous poser des questions sur votre expérience du traitement de votre adolescent(e) en pédopsychiatrie. Vos réponses vont aider les chercheurs à cerner quelles sont les raisons qui incitent les jeunes à cesser leur suivi une fois qu'il est débuté. Il est donc très important que vous décriviez le mieux possible les situations, tel que vous les avez vécues. Je vous rappelle que vos réponses sont confidentielles et qu'elles n'auront aucune influence sur les traitements de votre adolescent(e).

1. Pouvez-vous raconter ce qui s'est passé pour que votre adolescent reçoive des services en pédopsychiatrie?
2. Comment l'idée de demander de l'aide professionnelle est-elle survenue?
 - a. Était-ce votre idée de demander de l'aide, celle de votre adolescent(e) ou celle de quelqu'un d'autre?

3. Comment vous sentiez-vous par rapport aux difficultés de votre adolescent?
4. Comment vous sentiez-vous par rapport à l'idée de consulter en pédopsychiatrie avec votre adolescent(e)?
5. Pouvez-vous décrire le traitement proposé?
 - a. Décrivez les objectifs des interventions qui vous ont été proposées?
 - iii. Soutien psychologique pour vous-même
 - iv. Guidance parentale
 - v. Psychoéducation
 - vi. Thérapie familiale
6. Pouvez-vous décrire les étapes que vous avez traversées entre le début des difficultés de votre adolescent(e) et le moment où a commencé le traitement?
7. Pouvez-vous décrire comment il vous a été proposé?
8. Que pensiez-vous du traitement qui vous a été proposé?
9. Comment étiez-vous intégré dans le traitement comme parent?
10. Discutez des exigences que représentait pour vous le traitement de votre adolescent(e)?
11. Quelles étaient vos attentes par rapport au traitement? (Durée, résultats)
12. Décrivez votre niveau de confiance par rapport à l'efficacité du traitement proposé?
13. Pouvez-vous décrire vos impressions des professionnels qui ont été impliqués auprès de vous et de votre adolescent(e)?
14. Les interventions auxquelles vous avez participé ont-elles généré de l'inconfort ou de la détresse chez vous?

- a. Si oui, expliquez de quelle manière?
15. Pouvez-vous raconter comment l'idée de cesser le traitement est arrivée?
16. Quelles ont été les motivations pour vouloir cesser le traitement?
- a. Causes externes au traitement
 - b. Causes en lien avec le traitement
17. Pouvez-vous raconter votre réaction face à la décision de votre adolescent(e) d'abandonner son traitement?
18. Quels étaient vos sentiments par rapport à cette décision?
19. Avez-vous envisagé des conséquences négatives ou des risques à l'arrêt de son traitement?
20. Décrivez et commentez les mesures prises par l'équipe devant la décision de votre adolescent(e) de cesser son traitement?
21. Pouvez-vous expliquer votre vision d'une fin idéale de traitement?

***MIEUX COMPRENDRE L'ABANDON DU TRAITEMENT
POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE
CHEZ LES ADOLESCENTS
PRÉSENTANT DES TRAITS DE PERSONNALITÉ LIMITE***

**CANEVAS D'ENTREVUE
PROFESSIONNEL**

L'étude à laquelle vous avez accepté de participer vise à comprendre pourquoi beaucoup d'adolescents envisagent d'abandonner leur suivi en pédopsychiatrie. Plusieurs difficultés peuvent survenir au cours d'un traitement, mais nous ne connaissons pas encore très bien de quelle manière ces difficultés influencent la décision de cesser un traitement.

Je vais vous poser des questions sur votre expérience du traitement de votre patient « x ». Vos réponses vont aider les chercheurs à cerner quelles sont les raisons qui incitent les jeunes à cesser leur suivi une fois qu'il est débuté. Il est donc très important que vous décriviez le mieux possible les situations, tel que vous les avez vécues. Je vous rappelle que vos réponses sont confidentielles.

1. Pouvez-vous décrire les problèmes présentés par cet(te) adolescent(e), au moment de l'évaluation et du début du traitement en pédopsychiatrie?
2. Pouvez-vous décrire le traitement proposé?
 - a. Discutez les objectifs des interventions proposées?

3. Comment anticipiez-vous le déroulement de la thérapie de cet(te) adolescent(e)?
 - a. Durée
 - b. Difficultés anticipées
 - c. Évolution
 - d. Pronostic
4. Quels étaient, pour vous, les indicateurs pour déterminer la fin du traitement?
5. Décrivez votre niveau de confiance par rapport à l'efficacité du traitement proposé?
6. Pouvez-vous décrire vos impressions du soutien parental de cet(te) adolescent(e) pour son traitement?
7. Comment vous sentiez-vous avec cet(te) adolescent(e)?
8. Le suivi de cet adolescent a-t-il généré parfois de l'inconfort ou de l'anxiété chez vous?
 - a. Si oui, expliquez de quelle manière?
9. Pouvez-vous raconter comment l'idée de cesser le traitement s'est manifestée?
 - a. Annulation de séance
 - b. Absentéisme
 - c. Irrégularité des présences
 - d. Discussion en séance du désir de cesser le traitement
10. Quelles ont été, selon vous, les motivations de cet(te) adolescent(e) pour vouloir cesser le traitement? Quelle est votre explication ?
 - a. Causes externes au traitement?
 - b. Causes en lien avec le traitement?
11. Pouvez-vous raconter votre réaction face à la décision de cet adolescent d'abandonner son traitement?
 - a. Relance ou non
 - b. Pression
 - c. Recours aux parents

12. Quels étaient vos sentiments par rapport à cette décision d'abandonner?
13. Avez-vous envisagé des conséquences négatives ou des risques à l'arrêt du traitement de cet(te) adolescent(e)?
14. Commentez les mesures prises par l'équipe devant la décision de cet adolescent de cesser son traitement?
15. Il y a-t-il quelque chose qui aurait pu convaincre cet(te) adolescent(e) de poursuivre son traitement?
16. Pouvez-vous expliquer votre vision d'une fin idéale de traitement?

Annexe II : Entente de collaboration

Le 29 janvier 2009

[REDACTED]

Service de recherche
Hôpital Rivière-des-Prairies

Objet : Collaboration au Projet #08-10P: Mieux comprendre l'abandon du traitement pour prévenir la récurrence suicidaire chez les adolescents avec traits de personnalité limite

Madame,

Par la présente, nous vous faisons part de notre entière collaboration pour faciliter le recrutement de participants au projet de recherche #08-10P: Mieux comprendre l'abandon du traitement pour prévenir la récurrence suicidaire chez les adolescents avec traits de personnalité limite qui se déroulera au programme de pédopsychiatrie.

Veuillez agréer, Mme Petit, l'expression de nos salutations distinguées.

[REDACTED]

Clinique d'intervention des troubles anxieux

[REDACTED]

Module d'intervention rapide

[REDACTED]

Unité d'admission et Hôpital de Jour

[REDACTED]

Module d'intervention rapide

Annexe III: Autorisation du Directeur des services professionnels



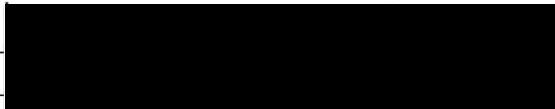
Hôpital
Rivière-des-Prairies
Centre hospitalier de soins psychiatriques

Université
de Montréal

**AUTORISATION DU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS À
ACCÉDER AUX RENSEIGNEMENTS NOMINATIFS
CONCERNANT DES PATIENTS
DG-52 - ANNEXE 4**

À compléter par le demandeur

La(les) personne(s) suivante(s) demande(nt) à accéder à des renseignements nominatifs



Renseignements demandés : NOM, date de naissance, numéro de téléphone, adresse, données cliniques relatives au diagnostic, au suivi et à la fermeture du dossier, le cas échéant

Concernant les patients suivants : (au besoin joindre la liste des noms)

Décrire la clientèle visée (clientèle hospitalisée, externe, dossiers fermés, programme, unité, clinique...)

dossiers ouverts et fermés de pts hospitalisés et externes des différentes cliniques du programme de psychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies

Pour fins :

- d'étude
- d'enseignement
- de recherche
 - présélection
 - autre
- autre

p
p
X
p
p

Titre de l'étude ou de la recherche:

Pour comprendre l'ordonnement du traitement pour prévenir la récurrence suicidaire chez les adolescents présentant des traits de personnalité limite

Durée de l'étude ou de la recherche : 3 ans

Date du début de la recherche : Avril 2009


Demandeur / date

Dans le cadre d'un projet de recherche, le demandeur doit être le chercheur principal.

Annexe IV : Canevas de recrutement des informateurs

***MIEUX COMPRENDRE L'ABANDON DU TRAITEMENT
POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE
CHEZ LES ADOLESCENTS
PRÉSENTANT DES TRAITS DE PERSONNALITÉ LIMITE***

CANEVAS DE RECRUTEMENT DES INFORMATEURS

L'hôpital Rivière-des-Prairies est un centre hospitalier de soins psychiatriques, d'enseignement et de recherche, affilié à l'Université de Montréal. L'Hôpital offre des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie à une clientèle d'enfants et d'adolescents. Le volet recherche universitaire vise à améliorer les évaluations et les traitements offerts aux familles dans les différentes cliniques spécialisées et surspécialisées de l'hôpital.

Une recherche visant à mieux comprendre les motivations des adolescents à abandonner leur traitement est en cours actuellement au programme de pédopsychiatrie. Elle porte particulièrement sur les jeunes qui présentent des traits de personnalité limite et des conduites suicidaires. L'étude a pour objectif de mieux comprendre ces jeunes, leurs parents et la façon dont les intervenants s'en occupent. Le but ultime des chercheurs et de tous les intervenants qui collaborent au projet est d'assurer un meilleur engagement des jeunes dans leur traitement en adaptant les services en fonction de leur réalité. Les résultats pourront aider au développement de meilleurs services susceptibles d'être pleinement utilisés par les adolescents.

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Acceptez-vous que je transmette vos coordonnées aux personnes responsables de cette étude afin qu'ils puissent vous contacter pour vous donner plus d'informations sur cette recherche et solliciter votre

participation. Votre accord ne constitue pas un consentement à participer à cette étude, mais bien une autorisation pour entrer en contact avec vous.

Annexe V: Certificat d'éthique



**Hôpital
Rivière-des-Prairies**
Centre hospitalier de soins psychiatriques

APPALTEA
Université
de Montréal



*La personne au cœur
de nos actions*

Montréal, le 18 mars 2009

Micheline Saint-Jean



Objet : Projet #08-10P : Mieux comprendre l'abandon du traitement pour prévenir la récurrence suicidaire chez les adolescents avec traits de personnalité limite

Chercheurs : Micheline Saint-Jean, Jean-Jacques Breton

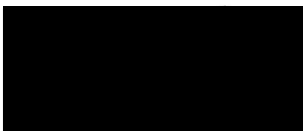
Co-chercheurs : Lyne Desrosiers; Monique Létourneau, Valérie Paré-Miron, Hélène Poitras et Louise Wolfe

Madame,

Nous accusons réception de votre lettre datée du 27 février 2009, en réponse à notre évaluation du 25 novembre 2008, ainsi que de l'ensemble des documents et modifications demandés par le CÉR suite à nos entretiens téléphoniques des 13 et 18 mars 2009. Le tout est jugé satisfaisant. Nous vous retournons sous pli une copie des formulaires d'information et de consentement portant l'estampille d'approbation du Comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les participants à la recherche.

La présente constitue l'approbation finale par le CÉR de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et est valide pour un an à compter du 25 novembre 2008, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au projet doit être approuvée au préalable par le CÉR.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.



Comité d'éthique de la recherche

EPcd

cc. : Lyne Desrosiers

Annexe VI : Formulaire de consentement



**Hôpital
Rivière-des-Prairies**
Centre hospitalier de soins psychiatriques

Université
de Montréal

CONSENTEMENT GÉNÉRAL À LA RECHERCHE **(Formulaire pour l'entrevue avec l'adolescent)**

1. Titre du projet, nom des chercheurs et affiliation

Mieux comprendre l'abandon du traitement pour prévenir la récurrence suicidaire chez les adolescents présentant des traits de personnalité limite

Chercheurs :

Micheline Saint-Jean, professeure

Jean-Jacques Breton, MD

Assistants de recherches:

Lyne Desrosiers, PhD(c)

Monique Létourneau, M.Ps.

Valérie Paré-Miron, candidate à la Maîtrise

Hélène Poitras, erg.

Louise Wolfe, erg.

Hôpital Rivière des Prairies et Université de Montréal

2. Description du projet

Cette étude est menée par des cliniciens chercheurs de l'Hôpital Rivière-des-Prairies affilié à l'Université de Montréal.

L'abandon du traitement survient chez 30 à 50% des adolescents recevant des services de santé mentale et dépasse 50% chez les adolescents suicidaires. Plusieurs de ces adolescents présentent des traits de personnalité limite. Cette étude vise à améliorer les modalités d'intervention afin d'assurer l'engagement ferme de ces jeunes dans leur traitement. Les résultats pourront aider au développement de services plus susceptibles d'être utilisés par les adolescents placés dans des situations similaires.

3. Procédures de l'étude

L'étude porte sur un groupe d'adolescent(e)s de 12 à 17 ans et comporte une étude de dossiers et la réalisation d'un entretien auprès de chacun(e) des adolescent(e)s, d'un des parents et d'un des professionnels impliqués dans le traitement.

Cette recherche sera expliquée à votre adolescent(e) avant son commencement. Cela lui permettra de poser les questions qu'il (elle) souhaite et de se retirer de l'étude s'il (elle) le désire. Après avoir informé votre adolescent(e) des objectifs de la recherche, nous lui proposons de remplir un formulaire de consentement qui mentionne qu'il (elle) accepte de participer.

Des données relatives à l'évaluation psychiatrique, la nature des traitements reçus et les circonstances relatives à la décision de mettre fin au traitement seront obtenues à partir de la révision du dossier médical de votre adolescent.

Votre adolescent(e) sera rencontré(e) par un membre de l'équipe de recherche pour une entrevue. Il (Elle) sera questionné(e) sur son expérience du traitement au programme de pédopsychiatrie de l'hôpital Rivière-des-Prairies et sur les raisons qui ont motivé la décision de cesser son suivi, le cas échéant. De plus, son opinion et sa perception sur le contexte relié à l'arrêt du traitement seront explorées. Cet entretien sera d'une durée totale de 1 heure à 1 heure 30 et sera enregistré puis retranscrit par un des membres de l'équipe de recherche. La rencontre aura lieu à l'hôpital ou à votre domicile.

4. Avantages et bénéfices

La participation à cette étude n'aura pas d'avantage pour vous ou votre adolescent(e). Aucune compensation financière ne sera accordée pour les entrevues. Toutefois, en participant à cette recherche et en donnant votre consentement à la participation de votre adolescent(e), vous contribuerez à l'amélioration des moyens que les professionnels de la santé mettent en oeuvre pour traiter les problèmes de santé mentale chez les jeunes.

5. Inconvénients et risques

Il n'y a pas de risque particulier pour votre adolescent(e) associé à la participation à cette étude. Les questions posées portent sur la nature du suivi dont il(elle) a bénéficié, sur son appréciation des services reçus et sur ses motivations à terminer prématurément son traitement, le cas échéant.

Il est cependant possible que des souvenirs pénibles reviennent en mémoire pendant l'entretien et que des émotions désagréables puissent apparaître. Par conséquent, l'état émotif de votre adolescent(e) sera pris en compte tout au long de l'entretien, afin de respecter son rythme.

Bien que votre adolescent(e) ne soit peut-être plus en traitement actif, l'émergence de propos et d'idées suicidaires est possible. Dans ce cas, l'assistante de recherche devra suivre une procédure préalablement définie afin d'assurer la sécurité de votre adolescent(e) et lui apporter l'aide nécessaire. Cette procédure a été approuvée par le comité d'éthique et de la recherche.

Dans le cas où votre adolescent(e) exprimerait, à l'occasion de cette étude, des difficultés pour lesquelles il (elle) souhaiterait obtenir de l'aide, un moyen simple et confidentiel sera convenu avec lui (elle) afin que des démarches soient entreprises pour qu'il (elle) reçoive l'aide nécessaire.

Les inconvénients sont le temps passé à l'entrevue ainsi que les éventuels déplacements. Afin de minimiser ces inconvénients, nous vous proposons de nous rendre au lieu de votre choix.

6. Modalités prévues en matière de confidentialité

Les chercheurs s'engagent à respecter les règles de confidentialité. L'autorisation du directeur des Services professionnels (DSP) de l'hôpital a été obtenue pour consulter le dossier médical de votre adolescent(e). Seuls les chercheurs et les assistants de recherche ont accès au contenu des entrevues. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la fin de l'étude et seront détruits par la suite. Les retranscriptions d'entrevue seront conservées pendant 5 ans,

18/03/09

de façon sécuritaire, par l'un des chercheurs et seront utilisées aux fins de cette étude ou d'études secondaires approuvées par le comité d'éthique de la recherche. Un numéro sera associé à chacun des noms des participants si bien qu'aucun nom n'apparaîtra sur les données de recherche. L'anonymat sera assuré lors de la diffusion de résultats. En revanche, dans l'éventualité de la détection d'une urgence suicidaire chez l'adolescent(e) lors des entrevues, un bris de confidentialité sera nécessaire pour assurer sa sécurité. Ceci implique que le médecin traitant, le médecin impliqué dans la recherche ou le médecin de garde sera contacté et informé de l'état clinique de votre adolescent(e) afin d'établir une entente sur la conduite à tenir.

Puisque certains chercheurs sont des cliniciens à l'hôpital Rivière-des-Prairies, il est possible que des membres de l'équipe de recherche puissent reconnaître votre identité à partir des données obtenues. Ils s'engagent, par contre, à garantir et à protéger la confidentialité de ces données.

7. Clause de responsabilité

En signant ce formulaire de consentement, vous ou votre adolescent(e) ne renoncez cependant à aucun de vos/ses droits légaux ni ne libérez les chercheurs et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

8. Liberté de participation et de retrait

La participation à cette étude est tout à fait volontaire. Le refus de consentir à cette étude ou le retrait de votre adolescent(e) avant que l'entrevue ne soit complétée, n'aura aucune conséquence sur le traitement en cours ou sur une éventuelle nouvelle demande de service à l'hôpital Rivière-des-Prairies. Il est évident que votre adolescent(e) demeure libre de se retirer à tout moment de l'étude.

9. Nom des personnes-ressources

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser du retrait de votre adolescent(e), vous pouvez contacter **Mme Lyne Desrosiers**, au [REDACTED]. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant les droits de votre adolescent(e) en tant que participant à une recherche, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale à la qualité des services, l'ombudsman de l'hôpital Rivière-des-Prairies, **Mme Hélène Bousquet**, au [REDACTED].

18/03/09

10. Formule d'adhésion et signatures

10.1. À remplir par le titulaire de l'autorité parentale:

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire pour le projet qui requiert la participation de mon adolescent(e) et la consultation de son dossier médical en vue de l'utilisation des renseignements nominatifs qu'il contient dans le seul but de la présente recherche. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'en comprends les avantages et les inconvénients. Je sais que mon adolescent(e) est libre de participer au projet et qu'il demeure libre de s'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec son médecin ou le centre hospitalier. Je demeure aussi libre de l'en retirer à tout moment aux mêmes conditions.

Je confirme que mon adolescent(e) n'exprime pas d'objections à sa participation : ☐

J'accepte volontairement que mon adolescent(e) participe à cette recherche.

Il est possible que des informations obtenues lors de la recherche soient utiles pour le traitement de votre adolescent.

Acceptez-vous que ces informations soient versées à son dossier médical à l'hôpital Rivière-des-Prairies si son dossier est encore ouvert? ☐

Ma signature indique que j'ai reçu une copie de ce formulaire de consentement.

Titulaire(s) de l'autorité parentale:

Date

10.2 A remplir par l'adolescent(e) :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'en comprends les avantages et les inconvénients. J'ai compris qu'il incluait la consultation de mon dossier médical en vue de l'utilisation des renseignements nominatifs qu'il contient dans le seul but de la présente recherche.. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec mon médecin ou le centre hospitalier.

Je soussigné(e) _____ accepte volontairement de participer à cette recherche.

18/03/09

11. Informations de type administratif

Le formulaire original sera conservé au Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

12. Formule d'engagement de la personne recevant le consentement

Je certifie avoir expliqué au(x) signataire(s) les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libres de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Nom

Signature

Date

Comité d'éthique de la recherche
Hôpital Rivière-des-Prairies
Projet accepté le: 18/03/2009
Signature: _____

18/03/09



**Hôpital
Rivière-des-Prairies**
Centre hospitalier de soins psychiatriques

affilié à
Université de Montréal

CONSENTEMENT GÉNÉRAL À LA RECHERCHE **(Formulaire pour l'entrevue avec le parent)**

1. Titre du projet, nom des chercheurs et affiliation

Mieux comprendre l'abandon du traitement pour prévenir la récurrence suicidaire chez les adolescents présentant des traits de personnalité limite

Chercheurs :

Micheline Saint-Jean, professeure

Jean-Jacques Breton, MD

Assistants de recherches:

Lyne Desrosiers, PhD(c)

Monique Létourneau, M.Ps.

Valérie Paré-Miron, candidate à la Maîtrise

Hélène Poitras, erg.

Louise Wolfe, erg.

Hôpital Rivière-des-Prairies et Université de Montréal

2. Description du projet

Cette étude est menée par des cliniciens chercheurs de l'Hôpital Rivière-des-Prairies affilié à l'Université de Montréal.

L'abandon du traitement survient chez 30 à 50% des adolescents recevant des services de santé mentale et dépasse 50% chez les adolescents suicidaires. Plusieurs de ces adolescents présentent des traits de personnalité limite. Cette étude vise à améliorer les modalités d'intervention afin d'assurer l'engagement ferme de ces jeunes dans leur traitement. Les résultats pourront aider au développement de services plus susceptibles d'être utilisés par les adolescents placés dans des situations similaires.

3. Procédures de l'étude

L'étude porte sur un groupe d'adolescent(e)s de 12 à 17 ans et comporte une étude de dossiers et la réalisation d'un entretien auprès de chacun(e) des adolescent(e)s, d'un des parents et d'un des professionnels impliqués dans le traitement.

Cette recherche vous sera expliquée avant son commencement. Cela vous permettra de poser les questions que vous souhaitez, et de vous retirer de l'étude s'il vous le désirez. Après vous avoir informé (e) des objectifs de la recherche, nous vous proposons de remplir un formulaire de consentement qui mentionne que vous acceptez de participer.

3.1 Des données relatives à l'évaluation psychiatrique, la nature des traitements reçus et les circonstances relatives à la décision de mettre fin au traitement seront obtenues à partir de la révision du dossier médical de votre adolescent (e).

3.2 Vous serez rencontré(e) par un membre de l'équipe de recherche pour une entrevue. Celui-ci vous questionnera sur votre expérience du traitement de votre adolescent (e) et sur l'aide que vous avez vous-même obtenue au programme de pédopsychiatrie de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Les raisons qui ont motivé l'arrêt du suivi, le cas échéant, ainsi que votre opinion et votre perception sur le contexte relié à l'arrêt du traitement seront également explorées avec vous. Cet entretien sera d'une durée totale de 1 heure à 1 heure 30 et sera enregistré puis retranscrit par un des membres de l'équipe de recherche. La rencontre aura lieu à l'hôpital ou à votre domicile.

4. Avantages et bénéfices

La participation à cette étude n'aura pas d'avantage pour vous. Aucune compensation financière ne sera accordée pour les entrevues. Toutefois, en participant à cette recherche, vous contribuerez à l'amélioration des moyens que les professionnels de la santé mettent en oeuvre pour traiter les problèmes de santé mentale chez les jeunes.

5. Inconvénients et risques

Il n'y a pas de risque particulier associé à votre participation à cette étude. Les questions posées portent sur la nature du suivi dont vous et votre adolescent(e) avez bénéficié, sur votre appréciation des services reçus et sur les raisons qui ont mené à terminer prématurément le traitement, le cas échéant.

Il est cependant possible que des souvenirs pénibles reviennent en mémoire pendant l'entretien et des émotions désagréables peuvent apparaître. Par conséquent, votre état émotif sera pris en compte tout au long de la passation, afin de respecter votre rythme.

Les inconvénients sont le temps passé à l'entrevue ainsi que les éventuels déplacements. Afin de minimiser ces inconvénients, nous vous proposons de nous rendre au lieu de votre choix.

6. Modalités prévues en matière de confidentialité

Les chercheurs s'engagent à respecter les règles de confidentialité. L'autorisation du directeur des Services professionnels (DSP) de l'hôpital a été obtenue pour consulter le dossier médical de votre adolescent (e). Seuls les chercheurs et les assistants de recherche ont accès aux contenus des entrevues. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la fin de l'étude et seront détruits par la suite. Les retranscriptions d'entrevue seront conservées pendant 5 ans, de façon sécuritaire, par l'un des chercheurs et seront utilisées aux fins de cette étude ou d'études secondaires approuvées par le comité d'éthique de la recherche. L'anonymat sera assuré lors de la diffusion de résultats. Un numéro sera associé à chacun des noms des participants si bien qu'aucun nom n'apparaîtra sur les données de recherche.

En revanche, dans l'éventualité de la détection d'une urgence suicidaire chez votre adolescent lors des entrevues, un bris de confidentialité sera nécessaire pour assurer sa sécurité. Ceci implique que le médecin traitant, le médecin impliqué

18/03/09

dans la recherche ou le médecin de garde sera contacté et informé de l'état clinique de votre adolescent(e) afin d'établir une entente sur la conduite à tenir. Puisque certains chercheurs sont des cliniciens à l'hôpital Rivière-des-Prairies, il est possible que des membres de l'équipe de recherche puissent reconnaître votre identité à partir des données obtenues. Ils s'engagent, par contre, à garantir et à protéger la confidentialité de ces données.

7. Clause de responsabilité

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos/ses droits légaux ni ne libérez les chercheurs et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

8. Liberté de participation et de retrait

La participation à cette étude est tout à fait volontaire. Le refus de consentir à cette étude ou votre retrait avant que l'entrevue ne soit complétée, n'aura aucune conséquence pour votre adolescent(e) et une éventuelle nouvelle demande de service à l'hôpital Rivière-des-Prairies. Il est évident que vous demeurez libres de vous retirer à tout moment de l'étude.

9. Nom des personnes-ressources

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pouvez contacter **Mme Lyne Desrosiers**, [redacted]. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à une recherche, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale à la qualité des services, l'ombudsman de l'hôpital Rivière-des-Prairies, **Mme Hélène Bousquet**, au [redacted].

Comité d'éthique de la recherche
Hôpital Rivière-des-Prairies
Projet accepté le: 18/03/2009
Signature: [redacted]

18/03/09

10. Formule d'adhésion et signatures

10.1 À remplir par le titulaire de l'autorité parentale :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'en comprends les avantages et les inconvénients. J'ai compris qu'il incluait la participation à un entretien clinique. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité des traitements, des soins futurs et des rapports avec mon médecin ou le centre hospitalier.

Je soussigné(e) _____ accepte volontairement de participer à cette recherche.

Signature

Date

11. Informations de type administratif

Le formulaire original sera conservé au Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

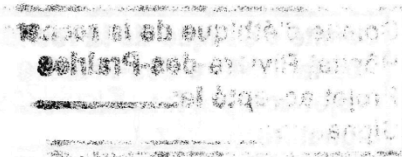
12. Formule d'engagement de la personne recevant le consentement

Je certifie avoir expliqué au(x) signataire(s) les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il(s) m'a(ont) posées à cet égard, lui(leur) avoir clairement indiqué qu'il(s) reste(nt) à tout moment libre de mettre un terme à sa(leur) participation et que je lui(leur) remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Nom

Signature

Date



18/03/09



**Hôpital
Rivière-des-Prairies**
Centre hospitalier de soins psychiatriques

Affilié à
Université de Montréal

CONSENTEMENT GÉNÉRAL À LA RECHERCHE **(Formulaire pour l'entrevue avec le professionnel)**

1. Titre du projet, nom des chercheurs et affiliation

Mieux comprendre l'abandon du traitement pour prévenir la récurrence suicidaire chez les adolescents présentant des traits de trouble de personnalité

Chercheurs :

Micheline Saint-Jean, professeure

Jean-Jacques Breton, MD

Assistants de recherches:

Lyne Desrosiers, PhD(c)

Monique Létourneau, M.Ps.

Valérie Paré-Miron, candidate à la Maîtrise

Hélène Poitras, erg.

Louise Wolfe, erg.

Hôpital Rivière-des-Prairies et Université de Montréal

2. Description du projet

Cette étude est menée par des cliniciens chercheurs de l'Hôpital Rivière-des-Prairies affilié à l'Université de Montréal.

L'abandon du traitement survient chez 30 à 50% des adolescents recevant des services de santé mentale et dépasse 50% chez les adolescents suicidaires. Plusieurs de ces adolescents présentent des traits de personnalité limite. Cette étude vise à améliorer les modalités d'intervention afin d'assurer l'engagement ferme de ces jeunes dans leur traitement. Les résultats pourront aider au développement de services plus susceptibles d'être utilisés par les adolescents placés dans des situations similaires.

3. Procédures de l'étude

L'étude porte sur un groupe d'adolescent(e)s de 12 à 17 ans et comporte une étude de dossiers et la réalisation d'un entretien auprès de chacun(e) des adolescent(e)s, d'un des parents et d'un des professionnels impliqués dans le traitement.

Cette recherche vous sera expliquée avant son commencement. Cela vous permettra de poser les questions que vous souhaitez et de vous retirer de l'étude s'il vous le désirez. Après vous avoir informé des objectifs de la recherche, nous vous proposons de remplir un formulaire de consentement qui mentionne que vous acceptez de participer.

3.1 Des données relatives à l'évaluation psychiatrique, la nature des traitements reçus et les circonstances relatives à la décision de mettre fin au traitement seront obtenues à partir de la révision du dossier médical de l'adolescente(e) auprès duquel (de laquelle) vous êtes intervenu.

3.2 Vous serez rencontré(e) par un membre de l'équipe de recherche pour une entrevue. Celui-ci vous questionnera sur votre expérience du traitement de cet(te) adolescente(e) au programme de pédopsychiatrie de l'hôpital Rivière-des-Prairies. Les raisons qui ont motivé l'arrêt du suivi, le cas échéant, ainsi que votre opinion et votre perception sur le contexte relié à l'arrêt du traitement seront également explorées avec vous.

Cet entretien sera d'une durée totale de 1 heure à 1 heure 30 et sera enregistré puis retranscrit par un des membres de l'équipe de recherche. La rencontre aura lieu à l'hôpital.

4. Avantages et bénéfices

La participation à cette étude n'aura pas d'avantage pour vous. Aucune compensation financière ne sera accordée pour les entrevues. Toutefois, en participant à cette recherche, vous contribuerez à l'amélioration des moyens que les professionnels de la santé mettent en oeuvre pour traiter les problèmes de santé mentale chez les jeunes.

5. Inconvénients et risques

Il n'y a pas de risque particulier associé à votre participation à cette étude. Les questions posées portent sur la nature du suivi dont l'adolescent(e) et ses parents ont bénéficié, les difficultés liées à ce suivi et sur les raisons qui ont conduit l'adolescent à terminer prématurément le traitement, le cas échéant. Les inconvénients sont le temps passé à l'entrevue.

6. Modalités prévues en matière de confidentialité

Les chercheurs s'engagent à respecter les règles de confidentialité. L'autorisation du directeur des Services professionnels (DSP) de l'hôpital a été obtenue pour consulter le dossier médical de l'adolescent. Seuls les chercheurs et les assistantes de recherche ont accès au contenu des entrevues. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la fin de l'étude et seront détruits par la suite. Les retranscriptions d'entrevue seront conservées pendant 5 ans, de façon sécuritaire, par l'un des chercheurs et seront utilisées aux fins de cette étude ou d'études secondaires approuvées par le comité d'éthique de la recherche. L'anonymat sera assuré lors de la diffusion de résultats.

Un numéro sera associé à chacun des noms des participants si bien qu'aucun nom n'apparaîtra sur les données de recherche.

Puisque certains chercheurs sont des cliniciens à l'hôpital Rivière-des-Prairies, il est possible que des membres de l'équipe de recherche puissent reconnaître votre identité à partir des données obtenues. Ils s'engagent par contre à garantir et à protéger la confidentialité de ces données.

7. Clause de responsabilité

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez cependant à aucun de vos/ses droits légaux ni ne libérez les chercheurs et l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

8. Liberté de participation et de retrait

La participation à cette étude est tout à fait volontaire. Il est évident que vous demeurez libre de refuser d'y participer et de vous retirer à tout moment de l'étude.

9. Nom des personnes-ressources

Si vous désirez de plus amples renseignements au sujet de ce projet de recherche ou si vous voulez nous aviser de votre retrait, vous pouvez contacter **Mme Lyne Desrosiers**, au [REDACTED]. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, ou si vous avez des questions concernant vos droits en tant que sujet de recherche, vous pouvez communiquer avec la commissaire locale à la qualité des services, l'ombudsman de l'hôpital Rivière-des-Prairies, **Mme Hélène Bousquet**, [REDACTED].

Comité d'éthique de la recherche
Hôpital Rivière-des-Prairies
Projet accepté le: 18/03/2009
Signature: [REDACTED]

18/03/09

10. Formule d'adhésion et signatures

10.1. À remplir par le professionnel:

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. J'en comprends les avantages et les inconvénients. J'ai compris qu'il incluait la participation à un entretien clinique. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de m'en retirer en tout temps, par avis verbal.

Je soussigné(e) _____ accepte volontairement de participer à cette recherche.

Signature

Date

11. Informations de type administratif

Le formulaire original sera conservé au Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

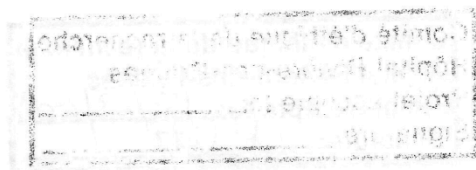
12. Formule d'engagement de la personne recevant le consentement

Je certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard, lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation et que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Nom

Signature

Date



18/03/09

Annexe VII : Procédures d'urgence

**MIEUX COMPRENDRE L'ABANDON DU TRAITEMENT
POUR PRÉVENIR LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE
CHEZ LES ADOLESCENTS PRÉSENTANT DES TRAITS DE PERSONNALITÉ LIMITE**

PROCÉDURES EN CAS DE PROBLÉMATIQUE CLINIQUE

Il est possible que des souvenirs pénibles reviennent à la mémoire des participants pendant les entretiens. Des émotions désagréables peuvent apparaître. Par conséquent, l'état émotif de l'adolescent(e) et des parents sera pris en compte tout au long de l'entretien, afin de respecter leur rythme. Les assistantes de recherche sont des professionnelles de la santé formées et qualifiées pour juger de l'état clinique des adolescent(e)s et pour évaluer le risque suicidaire. Leur expérience clinique en psychiatrie leur permet d'orienter les participants selon les besoins requis par leur état clinique. Elles seront supervisées par les chercheurs principaux et Mme Lyne Desrosiers

Le dossier de l'adolescent(e) est ouvert :

Advenant un changement significatif de l'état clinique lors de l'entretien, l'assistante de recherche lui recommandera de revoir son médecin traitant à HRDP dès que possible et informera ce dernier de la situation. Elle transmettra ces informations et ces recommandations aux parents ou au représentant légal après avoir obtenu le consentement du participant s'il a plus de 14 ans. Dans le cas où l'adolescent(e) est âgé de moins de 14 ans, elle avisera directement les parents ou le représentant légal avec ou sans le consentement du participant. Dans la situation où un adolescent(e) présenterait des idées suicidaires pendant l'entrevue, l'assistante de recherche procédera à l'évaluation du risque en conformité avec les protocoles cliniques à HRDP. La grille d'*Évaluation continue de l'urgence suicidaire* sera utilisée à cet effet (document mis en annexe).

1) Niveau de risque léger : L'assistante de recherche recommandera à l'adolescent(e) de revoir son médecin dès que possible et l'avisera de se rendre à l'urgence de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont advenant une aggravation du risque suicidaire. Elle informera les parents ou le représentant légal de cette recommandation après avoir obtenu le consentement de l'adolescent(e) s'il a plus de 14 ans. Dans le cas où l'adolescent(e) est âgé de moins de 14 ans, cette recommandation sera faite directement au représentant légal avec ou sans son consentement. Le médecin traitant sera également informé par Mme Lyne Desrosiers.

- 2) **Niveau de risque modéré et élevé (niveaux 4 et plus de la grille d'évaluation)** : L'assistante de recherche informera les parents ou le représentant légal et l'adolescent(e) du risque suicidaire présenté (peu importe l'âge). L'assistante de recherche contactera sur-le-champ, le médecin traitant afin d'établir une entente sur la conduite à tenir et l'orientation de l'adolescent(e). Advenant que le médecin traitant ne soit pas disponible, le pédopsychiatre impliqué dans la recherche, le Dr [REDACTED] sera contacté. Dans le cas où aucun de ces médecins ne peut être rejoint (soirée, fin de semaine), le médecin de garde sera alors contacté. L'assistante de recherche transmettra aux parents ou au représentant légal et à l'adolescent(e) les recommandations émises par le médecin consulté (médecin traitant, [REDACTED] ou médecin de garde).

Le dossier de l'adolescent(e) est fermé

Advenant un changement significatif de l'état clinique lors de l'entretien, l'assistante de recherche lui recommandera à l'adolescent(e) de consulter un médecin dès que possible et l'avisera de se rendre à l'urgence de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont si son état s'aggravait. Elle informera les parents ou le représentant légal de cette recommandation après avoir obtenu le consentement de l'adolescent(e) s'il a plus de 14 ans. Dans le cas où l'adolescent(e) est âgé de moins de 14 ans, cette recommandation sera faite directement aux parents ou représentant légal avec ou sans son consentement.

Dans la situation où un participant présenterait des idées suicidaires pendant l'entrevue, l'assistante de recherche procédera à l'évaluation du risque en conformité avec les protocoles cliniques à HRDP. La grille d'*Évaluation continue de l'urgence suicidaire* sera utilisée à cet effet (document mis en annexe).

1) Niveau de risque léger : L'assistante de recherche recommandera à l'adolescent(e) de consulter un médecin dès que possible et l'avisera de se rendre à l'urgence de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont advenant une aggravation du risque suicidaire. Elle informera les parents ou le représentant légal de cette recommandation après avoir obtenu le consentement de l'adolescent(e) s'il a plus de 14 ans. Dans le cas où l'adolescent(e) est âgé de moins de 14 ans, cette recommandation sera faite directement au représentant légal avec ou sans son consentement.

2) **Niveau de risque modéré et élevé (niveaux 4 et plus de la grille d'évaluation)** : L'assistante de recherche informera les parents ou le

représentant légal et l'adolescent(e) du risque suicidaire présenté (peu importe l'âge) et leur fera la recommandation de se rendre à l'urgence de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Évaluation continue de l'urgence suicidaire

NIVEAUX D'URGENCE SUICIDAIRE*

L'idée est de plus en plus présente

LÉGER	<ul style="list-style-type: none"> État de vulnérabilité Anxieux mais calme Pas d'idée suicidaire 1	<ul style="list-style-type: none"> État de vulnérabilité Anxieux mais en contrôle Idées suicidaires passagères (flash) 2	<ul style="list-style-type: none"> Déséquilibre partiel Idées suicidaires quelques fois par semaine Espoir en l'avenir Accepte l'aide 3
--------------	---	--	--

Le plan suicidaire est de plus en plus précis (COQ -> Comment, Où, Quand)

MODÉRÉ	<ul style="list-style-type: none"> COQ prend de plus en plus forme État de déséquilibre Idées suicidaires quotidiennes Planification incomplète Ambivalence 4	<ul style="list-style-type: none"> COQ dans plus de 48 heures État de déséquilibre Obnubilé par le suicide Tous les éléments du plan sont fixés Ambivalence diminuée 5
---------------	---	--

Le temps est de plus en plus court

ÉLEVÉ	<ul style="list-style-type: none"> COQ dans moins de 48 h Agité ou coupé de ses affects Planification complète Moyen disponible 6	<ul style="list-style-type: none"> COQ dans l'immédiat Agité ou coupé de ses affects Moyen disponible 7	<ul style="list-style-type: none"> Tentative en cours Intervention médicale requise 8
--------------	--	---	--

- CONSIGNES:**
- NIVEAU ÉLEVÉ -> réévaluer à chaque début de quart et au besoin.
 - NIVEAU MODÉRÉ -> réévaluer à chaque 24 hrs et au besoin.
 - NIVEAU LÉGER -> au besoin.









Pour chaque changement de niveau, communiquer à l'équipe soignante le niveau de surveillance requis.

ANNÉE: <input type="text"/>	
JOUR / MOIS	
HEURES	
NIVEAUX	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

* Adapté du « Programme accrédité de formation Intervenir en situation de crise suicidaire » —
 © Tous droits réservés, Association québécoise de prévention du suicide, 2003.
 L. BEAUVAIS, inf. M.Sc., L. BOUCHARD, inf. M.Sc., M.J. DESY, inf. M.Sc., L. LABERGE, inf. M.Sc., F. LAVOIE, inf. B.Sc. (2005-01-12)
 © TOUS DROITS RÉSERVÉS AUX CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU QUÉBEC

Annexe VIII: Codage

CODAGE OUVERT

<p>Qu'est-ce qui te mets à l'aise toi où qui te permet là de faire confiance ?</p> <p>Ben c'est ça, c'est quand je suis capable de parler, capable de détendre l'atmosphère, que je sente pas que c'... que... l'atmosphère est oppressante, que je sens pas que...</p> <p>C'était oppressant ?</p> <p>Ouin un peu...</p> <p>Dans ta thérapie ?</p> <p>Je sais... j'ai pas aimé ça, non. J'ai pas euh... le fait est que j'ai juste que je... je perdais mon temps, j'aimais pas l'ambiance... que c'était pas la la bonne euh...</p> <p>Comment je peux dire ça...</p> <p>Peut-être pas là bonne voie qu'ils m'ont envoyée...</p> <p>Ils m'ont donné une solution... d'avoir une psychothérapie, mais ils m'ont pas donné d'autres choix...</p> <p>J'aurais aimé ça avoir plus de choix... peut-être plus qu'il y aillent avec la logique, je sais pas... j'ai l'impression qu'ils ont pris ça comme... ah euh psychothérapie elle va parler de ses problèmes... pis ça va lui faire du bien de parler à du monde parce que peut-être qu'elle...</p> <p>Peut-être qu'ils pensaient que j'étais toute seule, pis que j'avais pas beaucoup d'amis... mais c'était pas ça... me semble pour moi, c'est pour ça...</p> <p>T'as l'impression qu'ils t'ont proposé ça comme ça là sans trop...</p> <p>Ouin c'est ça une solution facile...</p> <p>Une solution facile ? Ils ont choisi une solution facile pour toi ?</p> <p>Oui, ben je pense que c'est un peu pour tout le monde.</p> <p>Je pense que tout le monde qui</p>	<p> Évitement expérientiel~</p> <p> Pas le bon traitement/Bon traitement~</p> <p> *Comportement de régulation du dispositif de soin [SN 1]~</p> <p> *Expérience émotionnelle du traitement et de la maladie [SN 1]~</p> <p> *Préparer l'alliance de travail [SN 1]~</p> <p> Absence de processus d'entente sur le traitement/Acceptabilité~</p> <p> Je ne suis qu'un numéro/Être écouté~</p> <p> On ne m'a pas donné le choix~</p>
---	--

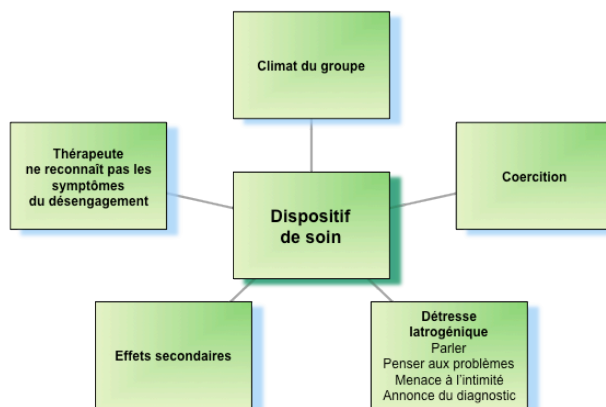
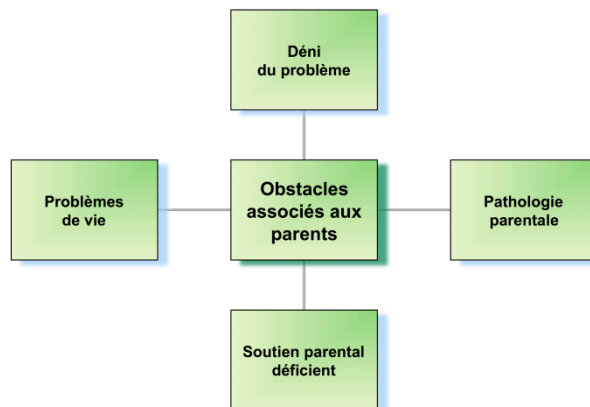
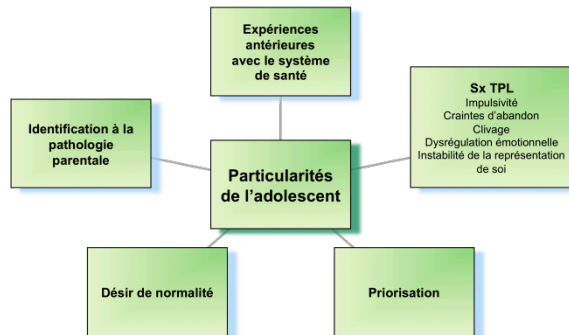
ont fait ça, je pense que la première chose qu'ils ont proposée c'est une psychothérapie...

Pis heu... je sais pas si on peut faire quelque chose d'autre là, je sais pas s'ils peuvent ouvrir d'autres services là, parce que moi j'ai pas été mise au courant de d'autres choix qu'il pouvait y avoir...

Pis je pense que ça aurait été une chose principale de faire, c'est t'as le...T'as du choix. T'sais, qu'est-ce que tu veux faire. S'il pouvait avoir plus de diversité...

- *Comportement de régulation du dispositif de soin [SN 1]~
- *Préparer l'alliance de travail [SN 1]~
- Absence/présence d'orientation au traitement~

CODAGE AXIAL



CODAGE SÉLECTIF

Les scénarios d'abandon

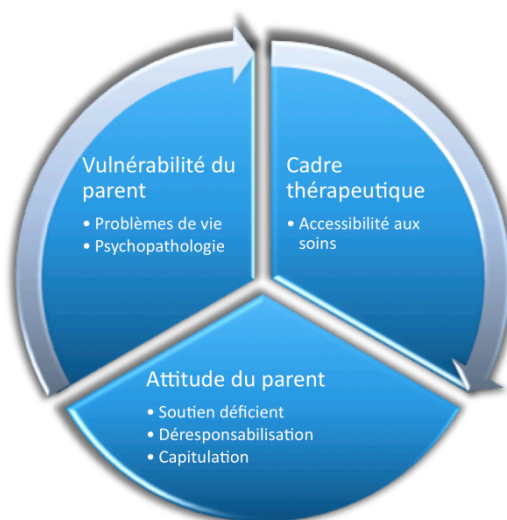
LE CHOC ANAPHYLACTIQUE

Une intervention provoque une réaction émotionnelle violente et conduit à l'abandon



SEUL AU COMBAT

L'adolescent se démotive lorsque le parent fait défection et qu'il se sent seul et sans appui pour résoudre ses problèmes



Annexe IX : Revue sceptique par les pairs

REVUE SCEPTIQUE # 1: RELATION THÉRAPEUTIQUE

(Associer unité phénoménologique à une catégorie conceptuelle)

CATÉGORIES

Ça ne clique pas : la relation avec le thérapeute est difficile. Le lien n'est pas harmonieux. L'alliance de travail n'est pas là.

Émotion négative envers les soignants : L'adolescent ou le parent fait l'expérience d'émotions négatives à l'égard d'un membre de l'équipe de soin

Je ne suis qu'un numéro : les propos témoignent que la dimension de la relation thérapeutique est absente. Le traitement est standardisé, la relation n'est pas particulière. L'adolescent a l'impression que le thérapeute fait son travail d'une manière mécanique.

La relation est "fake" : l'adolescent a l'impression que le thérapeute n'est pas authentiquement en relation avec lui. Il décrit des comportements qui lui font penser que le thérapeute joue un rôle, fait semblant ou n'est pas véritablement intéressé.

Méfiance : Méfiance envers les intervenants ou le système de soin en général

Relation instrumentale : La relation avec le thérapeute est investie d'une manière instrumentale par l'adolescent ou le parent

Thérapeute=policier : Les propos de l'adolescent traduisent qu'il perçoit que les interventions du thérapeute sont régies par des obligations légales, que ses interventions sont prescrites par une instance externe à son jugement clinique

FORMULAIRE DE RÉPONSES

	Réponse	Unités phénoménologiques
1	Émotion négative envers les soignants 2/2	<p>P 3: Professionnel (cas 01) - 3:96 (183:185)</p> <p><i>Euh pis là la mère disait: " Écoutez, moi je suis inquiète, ma fille commence à être plus déprimée. Elle se retire, elle est de moins en moins à la maison. Je ne suis plus capable. Elle ne veut plus me parler.</i></p> <p><i>Bon, elle est fâchée contre vous autres aussi."</i></p>
2	Méfiance 2/2 mais aussi : La relation est fake et trahison	<p>P 4: Adolescent (Cas 02) - 4:11 (455:456)</p> <p><i>J'avais plus confiance en... en l'équipe de [REDACTED] qu'en l'équipe [REDACTED] pour être franc... Ben en fait... j'avais vraiment... juste un problème avec le [REDACTED] en fait. Parce que c'était [REDACTED] je veux dire, qui m'avait prescrit ces médicaments-là, cette médication là pis qui m'avait pas parlé de... que ça ça pouvait arriver pis c'était [REDACTED] ...</i></p> <p><i>ben, dans ma tête c'était [REDACTED]..à cause de lui que j'avais été hospitalisé de force la dernière fois, fait qu'en gros c'était pas mal contre [REDACTED] que j'avais quelque chose là, que j'étais en colère...</i></p>
3	Méfiance 2/2	<p>P 5: Adolescent (cas 03) - 5:38 (607:611),</p> <p><i>mais là à la fin je me suis comme mis dans la tête qu'elle pis mon [REDACTED] était genre dans un coup monté avec mes parents pis qu'ils prenaient de mes nouvelles juste pour savoir quand j'allais aller bien pis quand j'allais aller bien mes parents allaient m'abandonner...</i></p> <p>Ah oui!</p> <p><i>pis la confiance était comme partie...</i></p>
4	Discussion de clarification Je ne suis qu'un numéro Relation instrumentale	<p>P 5: Adolescent (cas 03) - 5:39 (625:635)</p> <p>Comment tu penses heu... penses-tu qu'elle t'appréciait [REDACTED] ?</p> <p><i>Non.</i></p> <p>Non?</p> <p><i>Elle faisait son travail parce qu'elle était obligée...</i></p> <p>Ok... avais-tu l'impression t'sais que t'avais une relation avec elle là ?</p> <p><i>Au début ouin mais à la fin non...</i></p>
5	Émotion négative avec le soignant ½ Après revue : Des incompetents 2/2	<p>P 5: Adolescent (cas 03) - 5:40 (1333:1333)</p> <p><i>Avec [REDACTED] j'ai tellement l'impression de faire du surplace pis de niaiser là... C'est du niaisage fait que... avec elle ça allait vite tu niaisais pas là...</i></p>

REVUE SCEPTIQUE # 2 (Regrouper les codes par thèmes)

LISTE DES CODES

Code	Définition	Exemple
Cacher des informations	Secret, informations non dévoilées au thérapeute ou à l'équipe, faire semblant d'aller mieux ou décision non concertée avec l'équipe traitante. (ex: arrêter la médication, cacher des idées suicidaires)	<i>Et elle avait cessé par elle-même le Zyprexa, pis elle ne nous l'avait pas dit.</i>
Ça n'aide pas	L'abandon est associé à la perception que le traitement ne donne pas de résultat.	<i>Il y a eu une, une ou deux, une fois que j'ai manqué, ou deux fois que je me disais, ça sert à rien d'aller là, ça sert à rien.</i>
Ça ne clique pas	La relation avec le soignant est difficile. Le lien n'est pas harmonieux. L'alliance de travail n'est pas là. L'adolescent ou le parent n'a pas d'affinité avec le soignant.	<i>Le C'est un style différent, je dirais qui va peut-être très bien avec d'autres adolescents... Mais qui allait pas du tout bien avec notre fille. Complètement des personnes différentes là...</i>
Cafouillage	Catégorie générique faisant référence à des problèmes dans le processus de prise en charge, dans la continuité des soins, survenue impromptue d'événements qui constituent des irritants ou des obstacles à l'engagement dans le traitement.	
Case management problématique	La coordination des interventions entre plusieurs intervenants est problématique (pas de discussion, rencontre, clivage)	<i>ça s'est passé un peu dans les vacances d'été ça a été un peu tout croche... parce que justement on a pas pu en parler entre nous, il y avait tout le temps quelqu'un qui était absent... ça s'est fait vite et... tout croche...</i>
Climat dans le groupe	L'introduction d'un nouveau pair dans le groupe altère la motivation à poursuivre le traitement ou le climat du groupe contribue à diminuer la motivation	<i>Pis là on était rendu avec une nouvelle, on l'aimait pas trop celle-là. Au fond on s'était fait un petit groupe, pis une nouvelle qui rentre de même... après une couples de semaine, on aimait moins ça, on avait moins le goût d'y aller!</i>

FORMULAIRE DE RÉPONSES

Obstacles associés à l'adolescent	Vulnérabilités de l'adolescent	Catégories de vulnérabilité sans sous niveau		
		Catégories de vulnérabilité avec sous niveaux		
	Attitudes de l'adolescent	Catégories d'attitudes sans sous niveau		
Catégories d'attitudes avec sous niveaux				

